

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE
Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde

***CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO DEVER DE INFORMAÇÃO
NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM***

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Fernanda da Conceição Tomé Reino

Orientadora:
Professora Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes

Évora
Novembro, 2006

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE
Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde

***CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO DEVER DE INFORMAÇÃO
NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM***

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Fernanda da Conceição Tomé Reino



Orientadora:
Professora Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes

164429

Évora
Novembro, 2006

*Ao José Manuel
Ao Rafael*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Lucília Nunes
pela orientação e sugestões.

À Sra. Enfermeira Luísa Caldas
pelo apoio e incentivo. Por estar a meu lado.

À Sra. Enfermeira Fátima Figueira
pelas contribuições para a realização deste estudo.

À Direcção do Hospital onde se realizou a pesquisa.

À Equipa de Enfermagem
pela colaboração respondendo ao questionário.

Ao Rui
pela ajuda no tratamento dos dados.

Ao Rafael
pela colaboração na confecção das tabelas e gráficos.

Ao Ruben
pela paciência e ajuda na apresentação gráfica.

A todos os que directa ou indirectamente
contribuíram para a realização deste estudo.

*“A coisa mais bela
que o homem pode experimentar é o mistério.
É essa emoção fundamental que está na raiz de toda a ciência e de toda a arte”.*

Einstein

RESUMO

REINO, Fernanda da Conceição Tomé. Concepções e práticas do dever de informação nos cuidados de enfermagem. 2006. 105 p. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, área de especialização em Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária em Saúde. Universidade de Évora.

As motivações que encaminharam este estudo prendem-se com o repensar de questões profissionais à luz do Código Deontológico do Enfermeiro. Os objectivos foram: identificar dificuldades e factores das práticas dos cuidados de enfermagem relacionados com os anos de serviço; identificar a percepção dos enfermeiros sobre o dever de informação nos cuidados de enfermagem; observar as práticas do dever de informação dos cuidados de enfermagem. Caracteriza-se como um estudo de caso, desenvolvido com 15 elementos da equipa de enfermagem de uma Unidade de Pediatria Geral, de um Hospital da zona de Lisboa, utilizando métodos de pesquisa qualiquantitativa. As técnicas de colheita de dados utilizadas foram a observação-participante e o questionário. Os dados foram processados informaticamente e receberam tratamento estatístico de forma a possibilitar a análise das concepções e práticas do dever de informar nos cuidados de enfermagem, organizada de acordo com quatro dimensões: caracterização, cuidados de enfermagem, dever de informar e prática ética. O estudo possibilitou constatar que existe a consciencialização e a prática do dever de informação, mas no entanto, existem lacunas do foro teórico que necessitam ser preenchidas com formação nesta área.

Palavras-Chave: Cuidados de enfermagem, Dever de informação

ABSTRACT

Reino, Fernanda da Conceição Tomé. Conceptions and practices of the information duty in the nursing care. 2006. 105 pages. Dissertation of Master Degree in Social-Organizational Intervention in the Health, area of specialization in Diagnosis and Communal and Partner-Organizational Intervention in Health. University of Évora.

The motivations that directed this study bind itself with rethink of professional questions to the light of the Deontological Code of the Nurse. The main objectives were: to identify difficulties and factors of the practices of the cares of nursing related with the years of service; to identify the perception of the nurses about the information duty in the nursing care; to observe the practices of the information duty in the nursing care. It is characterized as a case study, developed with 15 elements of the team of nursing of the General Paediatrics Unit, in a general hospital in Lisbon area, using qualiquantitative research approaches. The data harvesting techniques used were the observation-participant and the questionnaire. The data were processed and received statistical handling in order to enable the analysis of the conceptions and practices of the information duty in the nursing care, and it was organized according four dimensions: characterization, nursing care, duty of information and practical ethics. The study enabled to establish that exists the conscientialization and the practise of the information duty, however there are gaps of the theoretical forum and they need to be filled with formation in this area.

Keywords: nursing care, information duty

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto ao tempo de exercício profissional.....	47
Gráfico 2 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à sobrecarga de trabalho.....	49
Gráfico 3 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à falta de formação.....	50
Gráfico 4 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à desmotivação.....	50
Gráfico 5 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à falta de recursos humanos.....	51
Gráfico 6 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à falta de condições.....	51
Gráfico 7 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto ao relacionamento com a equipa médica.....	52
Gráfico 8 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à execução técnica.....	52
Gráfico 9 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto às questões do foro ético.....	53
Gráfico 10 - Distribuição das respostas quanto aos problemas éticos.....	67
Gráfico 11 - Distribuição das respostas quanto à leitura sobre ética.....	68
Gráfico 12 - Distribuição das respostas quanto à formação da equipa de enfermagem sobre questões éticas.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da equipa de enfermagem quanto ao género, idade e categoria profissional.....	46
Tabela 2 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto às dificuldades sentidas na realização dos cuidados de enfermagem.....	54
Tabela 3 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto às dificuldades sentidas na realização dos cuidados de enfermagem.....	55
Tabela 4 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à presença dos pais.....	56
Tabela 5 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à ansiedade da criança/família como factor interferente.....	56
Tabela 6 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto ao stress.....	57
Tabela 7 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à dor provocada pelo procedimento.....	57
Tabela 8 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à insegurança.....	58
Tabela 9 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à falta de conhecimentos teóricos.....	58
Tabela 10 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto ao cansaço.....	59
Tabela 11 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à experiência profissional.....	60
Tabela 12 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à formação profissional.....	60

Tabela 13 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à dificuldade de comunicação.....	61
Tabela 14 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à supervisão.....	62
Tabela 15 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto aos factores que interferem na sua forma de agir face à informação sobre os cuidados de enfermagem.....	64
Tabela 16 - Formas de informação sobre os cuidados de enfermagem.....	65
Tabela 17 - Opinião sobre o dever de informação.....	76
Tabela 18 - Distribuição da frequência relativa das respostas quanto aos factores que interferem na informação a prestar sobre os cuidados de enfermagem de acordo com os anos de serviço.....	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquematização da interpretação e análise dos dados.....45

Siglas

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CJ - Conselho Jurisdicional

ICN - International Council of Nurses

OMS - Organização Mundial de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UPG - Unidade de Pediatria Geral

ÍNDICE GERAL

LISTA DE GRÁFICOS	8
LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE FIGURAS.....	11
SIGLAS	112
INTRODUÇÃO	14
1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO PROFISSIONAL.....	17
1.2 - UMA VISÃO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	20
1.3 - VALORES HUMANOS E PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS EM CUIDADOS DE SAÚDE.....	21
1.4 - CONSENTIMENTO INFORMADO	23
1.5 - DEVER DE INFORMAÇÃO	27
1.5.1 - <i>Informar o indivíduo e a família</i>	30
1.5.2 - <i>A informação dos recursos</i>	31
1.5.3 - <i>Da responsabilidade à necessidade de agir</i>	32
2 - METODOLOGIA.....	34
2.1. LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO.....	34
2.2 - NATUREZA DO ESTUDO	37
2.3 - INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
2.3.1 - <i>Questionário</i>	39
2.3.2 - <i>Observação participante</i>	40
2.4 - COLHEITA DE DADOS.....	41
3 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	44
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	74
5 - CONCLUSÕES.....	82
6 - BIBLIOGRAFIA.....	86
7- ANEXOS	93
ANEXO I – CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES	94
ANEXO II – CARTA DA CRIANÇA	95
8- APÊNDICES	96
APÊNDICE I – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO PRÉ-TESTE	97
APÊNDICE II – ROTEIRO DO DIÁRIO DE CAMPO	98
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO.....	100
APÊNDICE IV – BASE DE DADOS (SPSS)	101
APÊNDICE V – TABELA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	102
<u>APÊNDICE VI – TABELAS PARA O ESTUDO DO CRUZAMENTO DO TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL COM AS DIFICULDADES E FACTORES QUE INTERFEREM NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</u>	1025

INTRODUÇÃO

A evolução na enfermagem tem ocorrido em contextos de várias mudanças sócio-culturais, filosóficas, económicas, políticas e religiosas.

O desenvolvimento do exercício profissional dos enfermeiros fez-se ao longo de um método inicialmente tecnicista para um método gradualmente mais conceptual. Hoje em dia, os enfermeiros percepcionam áreas assistenciais de saúde, efectuam uma avaliação das necessidades dos clientes¹ e dão resposta através do conhecimento de enfermagem e do consequente desenvolvimento de novas competências (Paiva, 2004).

Desta forma, podemos dizer que os princípios e deveres que emergem do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) orientam a actuação da prática de enfermagem para uma concepção de cuidados centrada na relação com o utente, evoluindo para um agir que coloca os profissionais de enfermagem no papel de defensores do utente. Embora no dizer de Corcoran (1988, cf. Queirós, 2001: 30) este papel “(...) é difícil e por vezes mesmo ameaçador porque promove a autodeterminação do doente (...). Surge deste enunciado, a importância do disposto no art. 84.º do CDE referente ao “dever de informação” onde se consagra o respeito pelo direito à autodeterminação como um valor a ser protegido e defendido uma vez que ancora num agir respeitador das decisões do utente desde que estas sejam tomadas de livre vontade e com o esclarecimento devido.

Assim, em busca de elementos que possibilitem aprofundar e repensar questões, desenvolvemos este estudo, que irá analisar o dever de informação na prática de enfermagem discutido à luz do CDE e enveredando por uma reflexão sobre os princípios que orientam as intervenções de enfermagem.

A pesquisa bibliográfica recente aponta para a escassez de estudos sobre o *dever de informação para os cuidados de enfermagem* relativamente à realidade portuguesa, o que nos faz acreditar na importância deste estudo, não só por se tratar de um tema actual

¹ No texto será utilizado o termo cliente de acordo com a utilização da Ordem dos Enfermeiros e que se refere à pessoa alvo de cuidados de enfermagem.

mas também porque nos permite investigar e reflectir sobre as práticas do exercício profissional.

De facto, segundo Teixeira (s/d) dar informação é um comportamento profissional importante e uma componente essencial do cuidar.

Cabe ao enfermeiro informar os utentes e famílias para que estes tomem decisões com conhecimento e, considerar o direito do utente a não ser informado se esse for o seu desejo.

De acordo o artigo 84.º do CDE, o enfermeiro assume o dever de:

- informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;
- informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, assim como a maneira de os obter.

A excelência da prática da enfermagem assume-se como um compromisso ético dos enfermeiros para com a comunidade e engloba todos os deveres que constituem o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). Este é uma referência para a prática profissional e é uma declaração de princípios e deveres que terá a sua expressão na concepção e na execução das mais diversas tarefas, nos comportamentos e nos contextos do exercício da actividade profissional.

Na construção do objecto deste estudo, surgem várias questões de pesquisa:

- Existe relação entre os anos de serviço e a prática de informar dos cuidados de enfermagem?
- Os enfermeiros identificam o dever de informação na prestação dos cuidados de enfermagem?
- O dever de informação nos cuidados de enfermagem é uma prática real ou é apenas uma regulamentação legal?

Com base nesta linha de questionamentos, traçamos como objectivo geral:

- Conhecer concepções e práticas do dever de informação na prática dos cuidados de enfermagem.

- E como objectivos específicos:
- Identificar dificuldades e factores que interferem nas práticas dos cuidados de enfermagem relacionados com os anos de serviço.
- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre o dever de informação nos cuidados de enfermagem;
- Observar as práticas do dever de informação dos cuidados de enfermagem.

No intuito de responder às questões colocadas e atingir os objectivos propostos este estudo foi construído em três capítulos, como se descrevem a seguir.

A esta apresentação do estudo e descrição dos objectivos que se pretendem desenvolver segue-se o primeiro capítulo que contempla a fundamentação teórica e servirá de enquadramento à realização da pesquisa. Num primeiro momento, somos conduzidos às questões inerentes à evolução da profissão de enfermagem, nomeadamente sobre os deveres que configuram o CDE, e que ancoram na salvaguarda dos direitos dos utentes e atribui responsabilidades à profissão, decorrente da necessidade dos cuidados de enfermagem. À autonomia e autodeterminação que assiste as pessoas, segue-se uma breve reflexão sobre os cuidados de enfermagem e os princípios fundamentais da informação à luz da legislação vigente, seguindo-se uma análise ao dever de informar e às questões relacionadas com a necessidade do dever de informação ao indivíduo e família sobre os cuidados de enfermagem.

O segundo capítulo descreve a metodologia, a população-alvo, métodos, técnicas e instrumentos utilizados na investigação. O terceiro capítulo contempla a análise e interpretação dos dados.

Completam este trabalho a bibliografia, os anexos e o apêndice.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo encontra-se o suporte e enquadramento teórico para o presente estudo, contemplando a contextualização profissional, uma visão sobre os cuidados de enfermagem, a reflexão em torno dos valores humanos e princípios fundamentais, desenvolvendo o consentimento informado e o dever de informação.

1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

No início do século XXI a profissão de enfermagem depara-se com alguns paradigmas que optimizam o desenvolvimento da profissão, essencialmente aquele que se relaciona com a questão da alteração da obediência, para a qual, durante mais de um século se formaram enfermeiros, para um paradigma de confiança e de responsabilidade (Margato, 2004).

Presentemente, o enfermeiro tem uma formação específica, que em conjunto com a sua autonomia, o torna membro integrante de uma equipa multidisciplinar, deixando de ser encarado como um profissional meramente executante de técnicas, para ser visto como um profissional dedicado a um papel mais amplo, onde a promoção da saúde da comunidade ocupa um lugar de relevo (Silva, 2004).

O exercício da profissão de enfermagem deixou de estar ligado à obediência (principalmente feminina) e, a relação enfermeira/utente, que se manifestava essencialmente pela caridade e compaixão, foi substituída por uma relação profissional (Martinho da Silva, 2002). Esta relação, no dizer de Roy et al (1995, cf. Martinho da Silva, 2002: 469) é “ (...) normativa. Ela funde-se nas palavras e nos actos permitidos, tolerados ou interditos no decurso das interacções que visam a manutenção da saúde, prevenção das doenças (...) ”.

No mesmo sentido, o próprio utente se modificou, e de passivo passou a ter um papel activo nas decisões acerca da sua pessoa, com uma consciência cada vez maior dos seus direitos e deveres, é informado sobre as particularidades do seu diagnóstico e sobre os meios de tratamento e cuidados de enfermagem necessários, pode participar e dar

consentimento. Daí, ter sido publicada a *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes* (Anexo I), documento sem valor legislativo, mas onde são invocados os princípios que se encontram “consagrados na Lei de Bases da Saúde² e no Estatuto Hospitalar³” (Martinho da Silva, 2002: 468).

Na visão de Osswald (2001, cf. Martinho da Silva 2002: 468-469)

“ (...) são os médicos e enfermeiros os agentes da mudança, as individualidades que mais se têm debatido pelo reconhecimento do doente, pela sua difusão e pela mudança de mentalidades que a sua implementação pressupõe”.

Este exercício profissional caracterizado por acções e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer, busca a especificidade em duas vertentes essenciais: uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnico e científico próprios, e a outra, relacionada com a exigência de competências relacionais tidas como essenciais – uma atitude de ajuda (Silva, 2002).

Neste contexto, cedo os enfermeiros demonstraram preocupações em relação a princípios éticos e de regulamentação da prática do exercício profissional e em Setembro de 1996 é publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros⁴ (REPE), que veio dar início a um novo ciclo na profissão de enfermagem ao apontar princípios de actuação, de cooperação e respeito mútuos, baseados na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e nos contratos sociais (Silva, 2002).

O desempenho das funções e os direitos e deveres dos enfermeiros, que anteriormente era delineado de acordo com princípios orientadores de diversos intervenientes passou a ter um diploma⁵ legal que veio, por um lado, salvaguardar aspectos que permitem aos enfermeiros fundamentar as suas intervenções enquanto profissionais de saúde, e por outro, reforçar a oportunidade da tomada de consciência sobre os valores autónomos da

² Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto

³ Decreto-Lei n.º 48357 de 27 de Abril de 1968

⁴ Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril

⁵ Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto

profissão, da ética, do desenvolvimento da prática de cuidados e ainda da educação em enfermagem (Silva, 2002).

Com efeito, pretendia-se acima de tudo regulamentar o exercício profissional da enfermagem, de forma a assegurar o cumprimento de princípios éticos e deontológicos orientadores da profissão. A publicação do Código Deontológico do Enfermeiro⁶ (CDE), cujo diploma é o que deu origem à criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), veio atribuir a esta profissão uma implementação legal, passando a ter um instrumento jurídico que lhe confere “no que respeita à violação das normas de natureza deontológica, o poder de instaurar inquérito ou procedimento disciplinar” (Martinho da Silva, 2002: 470).

Com a criação da OE estabeleceram-se condições para a consolidação da autonomia da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional (Silva, 2002).

No entanto, como nos diz Nunes (2003: 344), o CDE

“é um enunciado dos deveres dos profissionais – e o articulado dos deveres constitui também, e simultaneamente, a marca da autonomia, porque foram os enfermeiros que decidiram acerca deles”.

A partir dos anos 70, a defesa dos direitos dos utentes faz parte da ética da enfermagem, que representa aquilo que os enfermeiros devem fazer e, aquilo que devem ser na relação com os utentes. A transmissão da informação é, de facto, comum aos direitos dos utentes e responsabilidades dos enfermeiros (Pina et al, s/d).

As orientações relacionadas com o comportamento dos profissionais de enfermagem, aportam nas normas deontológicas que constituem o CDE, traduzidas em deveres. Esses deveres estão presentes, na forma de planear, pensar e idealizar os cuidados de

⁶ Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril

enfermagem, permitindo agir de forma a respeitar os compromissos profissionalmente e socialmente assumidos (Figueira, 2004).

A relação entre direitos e responsabilidades ancora na moral, e implica deveres. No exercício das suas funções, preconiza-se que os enfermeiros adoptem uma “conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (cf. art. 8º, n.º 1, REPE).

As questões respeitantes à informação integram o direito ao princípio da autodeterminação, sendo defendido pelo International Council of Nurses (ICN) como um direito moral, com implicações legais, e fundamentalmente um imperativo ético. Reconhece que o utente tem o direito de aceitar ou rejeitar intervenções de cuidados de saúde, com base nos seus próprios valores e objectivos de vida. No exercício deste direito, surgem verdadeiros dilemas éticos, na recusa de tratamentos ou cuidados que confronta as recomendações profissionais relativas ao bem-estar do utente, o que torna fundamental, que este detenha toda a informação sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento, risco e alternativas (Pina et al, s/d).

1.2 - UMA VISÃO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Partimos para uma abordagem sobre os cuidados de enfermagem, pois é sobre eles que o enfermeiro decide da sua necessidade e, por conseguinte, do devido esclarecimento ao indivíduo, família ou comunidade, e é sobre eles que o utente tem o dever de ser informado e de consentir que lhe sejam prestados.

De acordo com o CDE (2003: 5) “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” e, neste âmbito, pretende-se a prevenção da doença e promoção da satisfação das necessidades básicas humanas, tendo em vista a máxima independência na realização das actividades diárias.

Para Hesbeen (cf. Figueiredo, 2004: 40) os cuidados de enfermagem são:

“a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências⁷ e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem”.

Assim como prestadores de cuidados competentes e qualificados, os enfermeiros devem, informar e esclarecer os clientes e família no que concerne às funções autónomas de enfermagem, conforme o art. 9.º, n.º2 do REPE, onde são descritos como actos autónomos, todas as acções realizadas pelos enfermeiros, “sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais”.

Sendo a enfermagem uma profissão em que as pessoas (enfermeiros) prestam cuidados a outras pessoas, é importante a qualidade da relação interpessoal e intencional entre o enfermeiro e o utente, inerente ao acto de cuidar. Watson⁸ relaciona intimamente o processo do cuidar humano (*human care*) com um processo de interacção entre seres humanos. É esta relação interpessoal que a autora apelida de essência dos cuidados de enfermagem e, o seu acessório é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das formas de organização utilizadas pelas enfermeiras, ou seja aquilo que serve de suporte à sua actividade (Silva e Batoca, 2002).

1.3 - VALORES HUMANOS E PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS EM CUIDADOS DE SAÚDE

A clarificação de valores torna-se essencial como guia de acção profissional pois, permite a construção de um referencial ético básico para a competência profissional (Queirós, 2001). O enfermeiro assume compromissos e a responsabilidade de albergar em si os valores profissionais de acordo com os princípios éticos em cuidados de saúde, conforme o art. 81.º, alíneas b), c) e d) do CDE.

⁷ Cf. art. 78.º, n.º 2, al) e do CDE. A competência é o saber lidar de forma sensata em situações complexas e valores conflituosos.

⁸ J. Watson - Enfermeira da escola de pensamento em enfermagem: *a escola do cuidar*, onde se assume que a essência da enfermagem está na filosofia do cuidar.

Em 1979, Beauchamp e Childress formularam pela primeira vez a teoria dos quatro princípios: **autonomia, beneficência, não-maleficiência e justiça**. Estes princípios são um conjunto de normas que materializam o princípio de que todos os seres humanos são dignos de respeito e consideração e têm como objectivo garantir o respeito e a dignidade humana (Neves, 2001).

O princípio da **autonomia** estende-se à independência, à capacidade do indivíduo tomar as suas próprias decisões, a actuar livremente sem constrangimentos e advém do seu direito à informação detalhada, bem como ao consentimento esclarecido. O consentimento esclarecido refere-se à capacidade do utente em discernir a problemática da sua doença e, em conjunto com os profissionais de saúde, tomar decisões, consentir em tratamentos ou cuidados (Neves, 2001).

O respeito pelo princípio da autonomia é fundamental na relação utente/profissional de saúde e daqui surge, o reconhecimento do direito do utente consentir ou não, a realização de determinados procedimentos que envolvam a sua pessoa, ou seja, o seu direito à autodeterminação. Este direito baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino (Nunes, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), como organização internacional de referência no domínio da enfermagem, identifica uma das missões dos enfermeiros através de incentivar a participação activa do indivíduo, da sua família de forma adequada em todos os aspectos dos cuidados de saúde, encorajando à independência e à autodeterminação (Santos et al, 2004).

O princípio da **beneficência** relaciona-se com o dever de promover o bem, ajudar o utente a obter o que é melhor para seu benefício. Relativamente a este princípio, Cabral (1996: 56) diz ser importante fazer distinção entre a obrigação moral e a obrigação legal e para Diego Gracia (cf. Neves, 2001: 15):

“a beneficência tem aplicabilidade moral a três níveis diferentes: o geral, o profissional e o familiar. O primeiro baseia-se no facto de todos os seres humanos se sentirem obrigados a ajudar o seu semelhante; os profissionais de saúde têm obrigação específica de ajuda, face à sua formação especializada; as

pessoas que se encontram vinculadas por laços familiares têm uma obrigação de assistência, que decorre moralmente daqueles laços”.

O princípio da **não-maleficência** visa a obrigação de não fazer e de não promover o mal⁹ e, muitas vezes está interligado ao princípio da beneficência, sendo analisados em conjunto (Cabral, 1996). Contudo, para Beauchamp e Childress têm um diferente carácter moral pois o dever de não fazer ou não promover o mal é mais forte do que a exigência de fazer o bem (Neves, 2001).

A formulação do princípio da **justiça** faz-se quando situações iguais são tratadas de forma igual, centrando-se nas relações entre aquelas que apresentam consistência entre si. Essencialmente, diz respeito à problemática da distribuição de recursos para a saúde e que “ (...) têm de ser balanceados entre critérios meramente economicistas e os princípios morais da liberdade e igualdade” (Neves, 2001: 18).

A estes quatro princípios clássicos, foi acrescentado um outro¹⁰, o princípio da **vulnerabilidade** que, ao colocar a pessoa vulnerável perante a doença, reclama a solidariedade e a equidade dos profissionais de saúde. No art. 81.º al. b), c) e d) do CDE atenta-se na salvaguarda dos grupos mais susceptíveis de vulnerabilidade, tais como, as crianças, os idosos e doentes inconscientes, existindo para cada um sentido próprio.

Nestes princípios não encontramos uma relação hierárquica e simples. Existem tensões na sua aplicação. A mais frequente é a que surge entre o princípio da autonomia e o da beneficência. Quando colocamos, em primeiro lugar, a saúde e a vida do doente, é o primado da beneficência, e por outro lado, atribuímos o primado ao princípio da autonomia, quando respeitamos a “decisão e a vontade do doente, que, competente para decidir, recusa uma proposta que lhe é feita” (Nunes, s/d).

⁹ O mal a que o autor se refere é o mal *não moral* e mal *corporal* (Cabral, 1996).

¹⁰ Baseado num estudo europeu efectuado em 1998 por Kemp e Rendtorf.

1.4 - CONSENTIMENTO INFORMADO

A expressão “consentimento informado” tem a sua origem na designação anglo-americana *informed consent* e designa-se por um acto pessoal, uma escolha voluntária que advém do conhecimento, da informação que é facultada ao indivíduo sobre os cuidados ou procedimentos aos quais se vai submeter (Goldim, 1997).

O consentimento é um dos aspectos básicos duma relação entre os utentes e os profissionais de saúde, porque salvaguarda o respeito pela autonomia da pessoa e pela sua autodeterminação. O respeito pela pessoa está na aptidão de cada um em relação ao outro, reconhecer e promover a capacidade de pensar, decidir e agir. E esta capacidade reconhecida impõe que, a pessoa está a ser considerada como um ser autónomo e independente, com as suas crenças e valores a serem respeitados. Neste contexto, qualquer intervenção de um profissional de saúde só é passível de realização, após a pessoa em causa o permitir, através do seu consentimento livre e esclarecido (CJ; 2000).

Assim, o consentimento surge em consonância com algumas condições, a saber:

- deve ser livre de qualquer manipulação e voluntário;
- deve basear-se em informações correctas e que o utente entenda com facilidade;
- deve ser a atitude tomada por uma pessoa competente e com capacidade para tomar decisões. A competência de uma pessoa permite distingui-la daquelas que necessitam ser substituídas por um representante legal (CJ, 2005).

Assim, podemos dizer que compete aos profissionais de saúde, efectuar uma avaliação da existência de qualquer influência (intrínseca ou extrínseca), que possa afectar a decisão da pessoa. Por outro lado, a segunda alínea diz-nos que o consentimento no tratamento que é proposto, ou a sua recusa, advém da informação que foi dada. A informação deve ser transmitida num ambiente de confiança e, posteriormente, validá-la e esclarecer possíveis dúvidas (CJ, 2000). O consentimento deve resultar de um diálogo franco entre o profissional de saúde e o utente, de forma a receber a informação

e o esclarecimento necessários para que este “(...) numa tomada de posição racional, autorize ou tolere àquele o exercício da arte de prevenir, detectar, curar, ou, pelo menos, atenuar as doenças” (Rodrigues, 2001: 26-27).

Conforme o art.º 157, 1.ª parte, do Código Penal, o consentimento do indivíduo só é eficaz quando este tiver sido devidamente esclarecido “sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências de uma intervenção ou tratamento”. Se a comunicação dessas circunstâncias puser a vida do utente em perigo ou “lhe causar dano à saúde, física ou psíquica”, (cf. art. 157, 2.ª parte, do Código Penal) o dever de informar cessa – privilégio terapêutico (Gomes, 2004).

Finalmente, a última alínea, diz respeito à competência da pessoa para tomar decisões. De acordo com a legislação em vigor, a pessoa adulta, maior de dezoito anos, é considerada competente. Se entendermos competência, como a capacidade de tomar decisões, então, implica, “muitas vezes, a necessidade de determinação do nível de competência dos doentes para consentir ou recusar tratamento com o objectivo de os proteger de eventuais decisões que possam tomar e que sejam do seu melhor interesse” (CJ, 2000: 2).

Na verdade, a validade moral e legal do consentimento informado depende, em primeira instância, da capacidade do cliente. Como ser autónomo, ele organiza-se num conjunto de valores, crenças e objectivos, dependendo este exercício de autonomia da sua capacidade e, ao procurar cuidados de saúde, subsiste um consentimento tácito e implícito que se mantém na relação que é estabelecida. A incapacidade do utente, por exemplo numa situação de emergência, impossibilita o seu consentimento explícito, mas “legitima o profissional a agir no melhor interesse daquele, tendo em conta o princípio da beneficência, presumindo o seu consentimento” (CJ, 2005: 22).

À luz da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina (1997), no Capítulo II, art. 5.º surge como regra geral que: “qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois da pessoa em causa dar o seu consentimento, de forma livre e esclarecida”. A ordem jurídica portuguesa não descurrou a inserção da protecção dos direitos fundamentais ao desenvolvimento da personalidade e à capacidade civil, no



artigo 156.º do Código Penal, no qual se estabelece a punição dos profissionais de saúde que realizem intervenções ou tratamentos sem consentimento do indivíduo¹¹. Devemos respeitar o utente, valorizando-o enquanto pessoa, enfatizando o que é bom para ele, na tentativa de incorrer o menos possível em danos para com essa pessoa.

O consentimento informado alterou o paradigma das relações existentes entre o médico e o doente – caracterizou-se pela alteração da imagem paternalista sustida pelo médico para a de um profissional habilitado, bem como a alteração da imagem do utente passivo para a de uma pessoa autónoma e livre (Serrão, 1996). O consentimento informado é a busca de preservar a autonomia do indivíduo, deve ser livre e voluntário desde que o indivíduo esteja plenamente capaz de exercer a sua vontade. Este processo deve conter informações completas, onde estão incluídos os riscos, desconfortos, benefícios e os procedimentos que poderão ser efectuados (Goldim, 1997).

Em contexto de enfermagem, no cumprimento do art. 84.º, al. b) do CDE, o enfermeiro deve “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” e portanto, a vontade do cliente com capacidade de discernimento necessário, deve ser respeitada, tanto no consentimento como no dissenso do cuidado (CJ, 2005).

A força dos três verbos da alínea anterior «respeitar, defender e promover» implica o enfermeiro no sentido do seu agir (respeitar) e no seio da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar (defender e promover) (Nunes, 2005).

A abordagem efectuada por Rodrigues (2001: 234) ao artigo atrás citado, refere que

“o preceito foi redigido com alguma amplitude, pois permite extrair o cumprimento do dever para além dos actos próprios dos cuidados de enfermagem (...). Mas acreditamos que não é possível exigir aos enfermeiros o cumprimento de um dever com uma tão grande extensão... É verdade que a proximidade com a esfera do paciente é uma realidade a ter em conta, mas não vemos como poderá o enfermeiro, no campo da informação e do consentimento, substituir-se ao médico nestas matérias...”

¹¹ Exceptuam-se as situações em que “o consentimento só puder ser obtido com adiamento que implicasse perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde do paciente” ou em situações em que o consentimento foi “dado para uma certa intervenção ou tratamento” e foi realizado outro “como meio de evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde do paciente” (Gomes, 2004: 10), cf. art.157.º do Código Penal.

Com efeito, não fazemos aqui, uma interpretação de substituição de outro profissional, mas conforme o art. 91.º, al. b) do CDE, os enfermeiros trabalham em articulação e complementaridade, respeitando as áreas de competência de cada um e, ainda o artigo 83.º, al. b) do CDE, reforça o encaminhar a pessoa para o profissional que lhe poderá responder.

Veicular informação, validar a compreensão, por parte da pessoa, da informação que lhe é transmitida (e que é um meio para a sua decisão) e a capacidade autónoma para decidir, fazem com que antes de ser um dever dos enfermeiros (dos profissionais) o consentimento (que se torna livre e esclarecido) seja um direito das pessoas (Nunes, 2005).

1.5 - DEVER DE INFORMAÇÃO

A palavra informação deriva do latim *informatio, informatum* que traduz a ideia de dar forma a alguma coisa, apresentar, ensinar ou instruir aproximando-se o seu significado de conhecimento (Pina et al, s/d).

Para Parente (1998, cf. Pina et al, s/d) o modelo de informação deve ser enquadrado da seguinte forma:

- **Que informação é passível de transmissão** – aqui o conteúdo deve abranger os aspectos relacionados com os principais tratamentos e cuidados de enfermagem e possível oferta de alternativas.
- **Quem a deve transmitir** – relaciona-se com o tipo de conteúdos a informar. A informação relativa a aspectos técnicos é sempre dada pelo médico, os enfermeiros, pelo facto de permanecerem mais tempo com os utentes, desempenham a função de informar ou esclarecer o utente sobre as questões que dizem respeito às funções autónomas de enfermagem¹².
- **Quando deve ser transmitida a informação** – esta deve ser efectuada num momento concreto, e específico de cada situação.

¹²Descritas no art. 9.º, n.º 2 do REPE.

- **Como** deve ser transmitida a informação – depende da natureza dos cuidados a prestar. É necessário que exista sincronia nas informações entre a equipa multidisciplinar e que haja disponibilidade para informar o utente ou família, tendo sempre em consideração que deve ser a pessoa necessitada dos cuidados a decidir a que informação quer ter acesso e se esta deve ser facultada à família. Para Filipe (1998, cf. Pina et al, s/d: 7) “não informar o cliente correctamente é limitar a sua autonomia impedindo-o de tomar uma decisão consciente e informada”.

Ao dever de informar corresponde necessariamente a obtenção do consentimento do utente para todo e qualquer procedimento – consentimento este que pressupõe o conhecimento real ou efectivo do indivíduo (Sotto, 2003).

Segundo o CDE (2003: 71) a essência do dever de informar é proporcionar ao utente a verdade assente nos “princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da Pessoa”. Especificando, em primeiro lugar, o princípio da *autonomia*, abordado anteriormente, diz respeito à liberdade de opção, significa que a pessoa é livre e esclarecida, com capacidade para decidir por si mesma. Em segundo lugar, o princípio da *liberdade*, que se manifesta nas escolhas e se liga à autenticidade de acordo com os princípios assumidos como seus. Como consta no CDE (2003: 26) a “(...) capacidade de escolha (ligada ao livre arbítrio e ao processo de tomada de decisão) tem em vista o bem comum (...)” e, neste contexto, é crucial que o respeito pelo direito à autodeterminação se enquadre na liberdade de cada indivíduo decidir acerca de si. Por último, a *dignidade humana*, ligada ao respeito pela pessoa humana e que se refere ao outro ser humano que deve ser respeitado (Renaud, 2004).

Para Rodrigues (2001) o dever de informar obedece a três princípios a saber:

- da *simplicidade* pois no esclarecimento ao utente sobre a necessidade de intervenções no domínio da saúde, devem ser utilizadas expressões claras e de fácil compreensão;

- da *suficiência* para fornecer ao utente uma quantidade de informação que lhe permita tomar uma posição “(...) que seja verdadeira manifestação da sua vontade (...)” (Rodrigues, 2001: 242);
- do *esclarecimento* onde manifestamente o utente comprehendeu toda a informação que lhe foi facultada de forma a consentir livremente nas intervenções necessárias para a sua recuperação.

O dever de informar decorre do direito à autonomia do indivíduo e do ponto de vista jurídico, existe a obrigação de informar. A Lei 48/90, 24/08 (Lei de Bases da Saúde), Base XIV, n.º1, al. e) diz que o utente tem direito a “ser informado sobre a sua situação, as alternativas de tratamento e evolução provável do seu estado”.

O artigo n.º 1 do “Ethics Code” do ICN (2000) refere que o enfermeiro está obrigado a assegurar que a pessoa, a família ou a comunidade, recebem informação apropriada e suficiente para consentirem nos cuidados e tratamentos e, conforme o art. 84.º, al. a) do CDE, no respeito pelo direito à autodeterminação, os enfermeiros assumem o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”.

Deverá ser facultada toda a informação¹³ ao indivíduo relativa à natureza dos cuidados que lhe vão ser prestados, e conforme o descrito no CDE (2003: 73) “o consentimento é o «último» passo depois da informação e validação da mensagem...”.

Validação esta, que se assegura nos registos efectuados pelos enfermeiros no processo clínico do utente, ou seja, acrescenta-se ao conjunto de documentos, onde se registam as intervenções dos vários profissionais de saúde, o registo de enfermagem onde é corroborada a informação e o consentimento dados. Assim, podemos dizer que os registos de enfermagem são um conjunto de informações escritas, produzidas pelos profissionais de enfermagem, nas quais se reúnem as informações que resultam do diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem e toda a informação importante para a continuidade dos mesmos. Podemos então afirmar que os registos m

¹³ “... Contudo, a vontade da pessoa em não ser informada deverá ser respeitada” - Capítulo III, Art. 10.º, n.º2 da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomédica.

enfermagem, se revestem de importância fundamental, pelas informações que contém, não obstante de serem obtidas de forma oral, e posteriormente legitimadas nos registos de enfermagem, realizadas em notas de evolução/continuidade. Podem eventualmente ser decisivos no apuramento e na atribuição de responsabilidades profissionais (Pina et al, s/d).

Neste contexto, o enfermeiro tem o dever de registar toda a informação recolhida e prestada como forma de assegurar a continuidade de cuidados, tal como consta no art.º 83.º, al. d) do CDE, onde no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, o enfermeiro tem o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”. Ainda no art. 88.º, al. e) do CDE (2003: 99) consta que o enfermeiro assume o dever de “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo responsabilidade pelos mesmos”.

1.5.1 - Informar o indivíduo e a família

No séc. XX, após a II Guerra Mundial, as alterações sofridas pela medicina, motivadas pela especialização, fragmentação do conhecimento médico e à despersonalização dos cuidados de saúde, conduzem as técnicas “a ocupar o centro da atenção dos cuidados médicos. A pessoa e a família tornaram-se entidades marginais neste modelo técnico reducionista” (Ramos, 1996: 117). No entanto, nos últimos 30 anos cresceram correntes unificadoras em que o indivíduo e a família se tornaram objecto de estudo.

Ao considerar a família como uma entidade passível de ser encarada como um todo, veio acalentar debates no campo da bioética, pois a família não é uma pessoa diferenciada, mas sim um conjunto de pessoas em que cada uma é detentora de direitos, deveres, interesses e expectativas muito próprios (Ramos, 1996).

Entende-se família como a rede de suporte da pessoa, incluindo as pessoas significativas, ainda que não exista laço de consanguinidade ou parentesco.

De acordo com a OE (2003: 4) o exercício profissional da enfermagem, está centrado na “relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um

grupo de pessoas (família ou comunidades) ”. Segundo Hesbeen (cf. Santos, 2004), a família, muitas vezes, funciona com função motivadora para um familiar doente e pode ser um participante activo no processo de cuidados.

No entanto, o indivíduo como ser social de comportamentos com base nos valores, nas crenças e nos desejos individuais, que o torna único, espera hoje dos enfermeiros mais informação, de forma a obter escolhas conscientes. Assim, o enfermeiro deve reconhecer e respeitar os direitos do indivíduo, prestar-lhe cuidados de enfermagem e “assegurar-se que a informação à família é facultada ou não, de acordo com a vontade expressa do indivíduo¹⁴” (Nunes, 2005). Orienta a sua actividade no sentido do bem presumido para as pessoas, aquele que ele acha que é o melhor, porque sabe que as decisões de enfermagem afectam a vida das pessoas, embora muitas vezes, seja impossível fazer bem sem provocar algum sofrimento (por exemplo, puncionar uma veia, para administração de medicamentos) (Nunes, 2003).

A missão primordial do enfermeiro na sociedade, é estabelecer uma relação de ajuda com o indivíduo e família para assegurar funções relacionadas com a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença, o planeamento e a prestação de cuidados de enfermagem. Essa relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico com o objectivo de ajudar o utente a alcançar o seu potencial no campo físico, mental e social, fazendo-o no contexto do meio no qual vivem e trabalham (Pina et al, s/d).

1.5.2 - A informação dos recursos

Aos utentes devem ser facultadas as informações sobre os recursos e alternativas existentes, tanto na organização de saúde como na comunidade. Sempre que necessário providenciar apoio dos chamados grupos de apoio social, ou seja, das pessoas que passaram ou estão a passar pelas mesmas experiências de doença (Nunes, 1995). Do ponto de vista das funções dos enfermeiros, estes desempenham ainda a dupla função

¹⁴ Excepto quando se sobrepõe o princípio da beneficência – o dever “de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício”. Art.81.º do CDE.

de informar ou esclarecer o cliente sobre as questões técnicas, e ao mesmo tempo dar apoio emocional. (Pina, s/d).

Assim, o processo de comunicação, tão importante no exercício da profissão de enfermagem, deve ser ajustado a cada pessoa de forma a respeitar toda a sua individualidade e dignidade.

No REPE, uma das actuações do enfermeiro é encaminhar...

1.5.3 - Da responsabilidade à necessidade de agir

A palavra responsabilidade deriva do latim *respondere*, ou seja, comprometer-se perante outrem. É a obrigação que se julga consequente da realização de determinados actos, podendo ser definida como uma forma de o indivíduo justificar as suas funções.

A responsabilidade¹⁵ é um conceito central na prática profissional da enfermagem, do qual derivam valores importantes, que constituem a base de formulação de princípios que assentam numa base sólida de conhecimentos num desenvolvimento pessoal, para estar ao serviço dos que necessitam dos nossos cuidados. (Pina, s/d).

Falemos então, da responsabilidade moral e da responsabilidade legal.

A responsabilidade moral é a obrigação de responder perante os próprios actos morais, sempre e quando tenham sido realizados de forma consciente, livre e voluntária. A responsabilidade moral está expressa no Código para Enfermeiros do ICN, definida como “dar uma explicação ou justificação” perante o desempenho de funções de enfermagem. A responsabilidade legal define-se como a obrigação de reparar ou satisfazer, por si ou por outro, a consequência de um delito, culpa ou outra causa legal. A responsabilidade jurídica na prática de enfermagem está especificada nos procedimentos de reconhecimento de diplomas e de legislação pertinente e é um conceito ético importante porque a prática implica uma relação entre a enfermeira e o utente.

¹⁵ Cf. o Art.78.º, n.º3, al. a) do CDE : “a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”.

O enfermeiro é responsável quando explica como efectuou determinada função, justificando as decisões e acções em conformidade com normas moralmente aceites. Ao nível da informação ao utente, as características e particularidades dos contextos de trabalho em que os enfermeiros se situam, tomam proporções maiores ou não. O enfermeiro tem que estar preparado para saber comunicar, assim como ser detentor do conhecimento aprofundado relativamente ao conteúdo da informação.

O ICN diz-nos que faz parte da responsabilidade uma base sólida de conhecimentos científicos, e não só um desenvolvimento pessoal, para estar ao serviço dos que necessitam dos nossos cuidados. O enfermeiro aceita a responsabilidade, responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora, reconhecendo os limites do seu papel e da sua competência. Assim, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de pericia que está para além da sua competência actual, tem o discernimento para consultar peritos em enfermagem e outros profissionais de saúde e organizações (Santos et al, 2004).

2 – METODOLOGIA

No presente capítulo, apresenta-se o caminho metodológico percorrido para alcançar os objectivos propostos.

A metodologia é indispensável a qualquer processo de investigação, englobando todo um conjunto de métodos e técnicas que são utilizados no seu decurso. Consiste então, “na análise sistemática e crítica dos pressupostos, princípios e procedimentos lógicos que moldam a investigação de determinados problemas sociológicos” (Lima, 1973: 6).

Para Quivy e Campenhoudt (1992), a metodologia faz a articulação do corpo teórico com um conjunto de procedimentos que, não são mais do que formas de progressão em direcção a um determinado objectivo.

Segundo Bell (1997: 20) a “abordagem adoptada e os métodos de recolha de informação seleccionados dependerão da natureza do estudo e do tipo de informação que se pretende obter”.

2.1. LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO

Escolhemos para local de estudo uma Unidade de Pediatria Geral (UPG) de um Hospital Central da região de Lisboa.

Esta UPG tem a sua filosofia assistencial é baseada nas teorias do cuidar que impõe a promoção da “Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança”. A lotação da UPG é de 27 camas que se dividem por 11 quartos, cada um deles identificado por uma determinada cor referente a um grupo etário específico e equipados de acordo com as idades correspondentes.

Assim temos:

2 quartos cor amarela – 4 camas (2 camas cada um) até aos 3 anos;

2 quartos cor rosa – 6 camas (3 camas cada um) até aos 12 meses;

2 quartos cor laranja – 8 camas (4 camas cada um) recém nascidos de termo e/ou prematuros;

2 quartos cor verde – 4 camas (2 camas cada um) idade pré-escolar;

2 Quartos vermelhos – 4 camas (2 camas cada um) Idades escolares/ adolescentes;

1 Quarto cor azul – 1 cama para isolamento e/ ou para adolescentes;

2 quartos de isolamento (extra I e extra II);

1 Quarto para monitorização de vídeo E.E.G. designado por Sala da Neuropediatria;

1 Sala de Hospital de Dia, que já está equipada, mas ainda não está em funcionamento;

Existem também de 2 salas de actividades (sala de actividades 1 e sala de actividades 2) organizadas e equipadas para 2 grupos etários distintos.

1 sala para as enfermeiras onde se realizam as passagens de turno, e onde se fazem os registo;

1 central de enfermagem para preparação de medicação;

1 sala de tratamentos onde se realizam todos os procedimentos dolorosos;

1 Sala de amamentação onde as mães que amamentam podem extrair leite com privacidade;

1 Sala de pais;

1 WC para os pais com duche.

Os pais da criança ou substitutos podem permanecer junto desta durante as 24 horas, no período das 8 às 22 horas podem ficar no serviço 2 acompanhantes e a partir desta hora a presença dos pais/acompanhantes é condicionada apenas a um deles, sendo-lhes atribuído um cartão de acompanhante. O planeamento de cuidados é feito de acordo com as necessidades individuais das crianças e os pais são orientados a participar nesse planeamento o que os torna membros activos da equipa prestadora de cuidados (ibidem).

Na UPG existe uma equipa multidisciplinar que pretende ajudar a criança, composta por:

Enfermeiros distribuídos por 5 equipas, assegurando os cuidados durante as 24h, trabalhando em sistema de roullement (noite, manhã e tarde);

Médicos que asseguram os cuidados clínicos que a criança necessita (de 2^a a 6^a das 9h às 16h)

Auxiliares de Acção Médica distribuídas pelas 5 equipas de Enfermagem, desenvolvem as suas actividades em conjunto com as enfermeiras;

Fisioterapeutas que intervêm em situações de patologia respiratória e de reabilitação; programam as suas intervenções com a equipa de enfermagem e com os pais ou crianças.

Educadoras de Infância presentes no serviço das 9h às 18h que asseguram e programam actividades lúdicas ou escolares de acordo com a idade da criança e duração do internamento.

Dietista que elabora o esquema alimentar da criança de acordo com a idade e situação clínica;

Auxiliares de Alimentação que distribuem as refeições e questionam diariamente as crianças/ adolescentes/pais sobre a ementa para esse dia;

Secretária de Unidade: que está à entrada da UPG de 2^a a 6^a feira das 9h às 18h; controla a entrada de pessoas no serviço, passa as declarações de internamento, marca as consultas e exames posteriores e dá apoio burocrático.

Assistente social que dá apoio social e promove o encaminhamento para os recursos da comunidade.

Serviço de Limpeza com função de manter a higiene do serviço.

A equipa de enfermagem da UPG é constituída por 23 enfermeiros, 3 de horário fixo e os restantes divididos por 5 equipas de 4 elementos cada, que fazem horário de roullement.

O método de prestação de cuidados utilizado é o método individual que se baseia no conceito de cuidado global e implica a

“afectação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir. O atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço. A totalidade dos cuidados é prestada pela enfermeira afecta ao doente, embora não possa ser coordenado de um turno para o outro, ou de um dia para o outro, por ocorrerem alterações nas

designações das tarefas e porque o número de doentes atendidos por um enfermeiro pode variar" (Costa, 2004: 237).

Desta forma, o enfermeiro sempre que possível tem as mesmas crianças atribuídas ao longo do internamento isto porque em cada equipa (de 4 elementos) cada enfermeiro é responsável pelas crianças internadas num quarto durante 5 meses, após esse tempo há uma rotação de quartos (Araújo, Pereira e Sousa, 2006).

Da população, foram referenciados para fins de estudo, 20 profissionais de enfermagem. Como critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa, adoptamos a aceitação voluntária de participar no estudo e estar na prestação directa de cuidados de enfermagem.

2.2 - NATUREZA DO ESTUDO

A pesquisa realizada foi do tipo quantitativa com abordagem descritiva.

Para Minayo e Sanches (1993) a junção dos dois métodos é complementar e não contraditória, pois as duas perspectivas, embora diferentes, complementam-se na procura de uma realidade.

O seu aspecto qualitativo fundamenta-se no facto de que alguns dos aspectos do trabalho de enfermagem que influem directamente no fenómeno analisado não são possíveis de serem analisados somente sob uma perspectiva quantitativa, ou seja, baseando-se em números (quantidades). Assim, no dizer de Minayo e Sanches (1993: 247):

"O estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa. (...) Ou seja, uma pesquisa, por ser quantitativa, não se torna "objectiva" e "melhor", ainda que prenda à manipulação sofisticada de instrumentos de análise, caso deforme ou desconheça aspectos importantes dos fenómenos ou processos sociais estudados. Da mesma forma, uma abordagem qualitativa em si não garante a compreensão em profundidade".

Para retenção dos dados obtidos optou-se por uma abordagem descritiva, pormenorizando as informações de maior relevância e com ligação directa aos

objectivos do estudo. Esta abordagem possibilita a identificação das características de uma determinada população ou fenómeno, pretende determinar a natureza da relação entre variáveis, ou ainda, pode ter como objectivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (Gil, 1991).

Na concepção de Polit; Beck e Hungler (2004), a sua utilização tem como propósito observar, descrever e classificar fenómenos, no nosso caso, relativos à profissão.

De acordo com Fortin (1996) existem três categorias de estudos descritivos: descritivos simples, estudos caso e os inquéritos. Esta investigação caracteriza-se como um estudo caso, que é um tipo de pesquisa que analisa profundamente um indivíduo, um grupo ou uma instituição. Abrange duas aplicações, uma delas serve para aumentar o conhecimento sobre um indivíduo ou grupo, outra serve para “estudar o efeito de uma mudança num indivíduo” (Robert, 1988 cf. Fortin, 1996: 164).

Para Gil (1991: 78) o estudo caso “é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objectos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo (...)"

Assim, para o desenvolvimento deste trabalho, foram utilizados métodos quantitativos de pesquisa, especificamente o estudo de caso, tendo como instrumentos de colheita de dados a observação-participante e o questionário.

2.3 - INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os instrumentos de colheita de dados auxiliam o pesquisador no levantamento de dados relevantes ao seu estudo, possibilitando a relação entre o que é recolhido e o que se esperava.

Os principais procedimentos metodológicos neste estudo decorreram da escolha do questionário, como central, e como técnica complementar, a observação participante.

2.3.1 - Questionário

O questionário é um instrumento de colheita de dados constituído por uma série ordenada de perguntas que de acordo com Fortin, (1996: 249), “necessitam das respostas escritas por parte dos sujeitos. (...) É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados (...)” e devem ser respondidos sem identificação e, de preferência, sem a presença do pesquisador.

Concede segurança e liberdade nas respostas, principalmente na questão do anonimato, o que acarreta uma maior precisão e confiança nos dados obtidos. Permite a obtenção de respostas que, materialmente ou pela observação directa, seriam inacessíveis e o facto de o pesquisador não estar presente, consente menores riscos de distorções e influências (Ghiglione e Matalon, 2001).

Gil (1991) considera que as questões são o elemento fundamental do questionário, e não existem normas rígidas quanto à sua elaboração, mas ressalta a importância de traduzirem os objectivos da pesquisa em itens bem redigidos.

Podem distinguir-se diferentes tipos de questões, classificadas em função da forma: podem ser abertas ou fechadas. As questões abertas são aquelas às quais a pessoa responde como quer, faz os comentários que considera necessários. Permitem respostas livres, com linguagem e opinião próprias do pesquisado. Nas questões fechadas, apresenta-se à pessoa um conjunto de alternativas de resposta para que escolha a que melhor representa o seu ponto de vista (Ghiglione e Matalon, 2001).

No presente estudo foi escolhida a técnica do questionário por permitir a retenção de informações importantes dos actores do fenómeno em estudo que não seriam possíveis utilizando outros instrumentos.

O questionário foi submetido ao pré-teste, com cinco sujeitos com características semelhantes à população pesquisada (Apêndice I), para evidenciar possíveis falhas (Gil, 1991) e assegurar a validade do instrumento.

2.3.2 - Observação participante

A observação é uma técnica de colheita de dados que permite, ao pesquisador no contacto directo com o fenómeno a ser observado, obter informações sobre os actores sociais em seus próprios contextos (Polit, Beck e Hungler; 2004).

Assim, essa técnica vem de encontro com os pressupostos da pesquisa qualitativa, ao permitir a análise de um determinado nível da realidade que não pode ser mensurado e favorece a construção de hipóteses acerca do problema pesquisado. Face à impossibilidade de se captar a totalidade dos factos, é imprescindível que o observador trabalhe a partir dos objectivos previamente estabelecidos e com a definição exacta daquilo que deve ser observado para a melhor compreensão do fenómeno. O autor também atenta para o facto de, na hora de registar os dados observados, o pesquisador deve restringir-se exclusivamente aos factos observados, sem se deixar levar por interpretações pessoais. Ele deve registrar os fenómenos no momento em que ocorrem, não confiando na memória, uma vez que esta pode distorcê-los.

Lakatos & Marconi (1996), descrevem quatro formas para efectuar observação de acordo com:

- os meios utilizados (sistemática e assistemática);
- a participação do observador (participante e não participante);
- o número de observações;
- o lugar onde se realiza.

A observação sistemática realiza-se em situações controladas para responder a propósitos pré-estabelecidos e utiliza um plano prévio de observação, além dos instrumentos para a colheita de dados como, por exemplo, quadros, escalas, etc.

A observação assistemática consiste na recolha e registo de factos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou que precise fazer perguntas directas aos observados. É uma técnica que não é planeada nem controlada previamente, o que não quer dizer que não seja científica, pois exige um mínimo de controlo na obtenção dos dados.

A observação é participante quando envolve a participação real do pesquisador com o grupo. Pode ser natural, quando o observador pertence à mesma comunidade que investiga, ou artificial, quando o observador se integra ao grupo com o propósito de obter informações (Gil, 1991).

Quanto ao número de observações, ela pode ser individual, isto é, realizada por um só observador ou então, em equipa, onde várias pessoas fazem a observação do mesmo fenómeno.

As observações efectuadas no ambiente real são as mais indicadas, pois a melhor ocasião para o registo é o próprio local dos pesquisados, pois reduz tendências selectivas (Lakatos & Marconi, 1996).

A partir destas considerações, para a realização deste estudo, a observação participante foi a técnica seleccionada como complementar do questionário, devido à possibilidade de captar uma variedade de situações às quais não teria acesso somente através deste.

2.4 - COLHEITA DE DADOS

A fase da colheita de dados teve início após as devidas autorizações para a realização do estudo na UPG.

Os primeiros passos foram efectuados no sentido de estabelecer contacto telefónico com a chefia da UPG no qual foi agendada uma reunião onde apresentamos os objectivos da pesquisa, os instrumentos utilizados para a recolha de dados (observação participante e questionário), assegurando esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas, garantindo o anonimato aos participantes e comprometemo-nos a comunicar à instituição os resultados da pesquisa, após a sua conclusão.

A colheita de dados foi realizada no período de Junho e Julho de 2006. Numa primeira fase, após apresentação e esclarecimentos da presença do pesquisador no local, iniciou-se a observação participante em dias consecutivos, no turno de trabalho da manhã, organizado na instituição, das 08h00 às 16h00 (turno de oito horas/dia).

O propósito da observação foi no sentido de clarear dados não possíveis por meio de questionário e não deixaram de estar presentes algumas situações em que os elementos observados demonstraram desconfiança e alguma insegurança com o receio de estarem a realizar actividades que viessem a ser avaliadas incorrectamente pelo observador.

A observação das actividades das enfermeiras da UPG incluiu momentos na realização de actividades de saúde, tais como, acolhimento à criança/família vindas de outro serviço, execução de cuidados técnicos, ensinos.

Nas observações em que a dinâmica do trabalho era desenvolvida nos quartos, esclarecemos a diáde criança/família quanto à finalidade do estudo, e como o foco da observação era o trabalho das enfermeiras, dispensamos a utilização de um consentimento escrito. Percebíamos a necessidade de nos afastarmos em situações potencialmente constrangedoras pelo que não foi possível acompanhar todos os diálogos e actividades.

Para o registo das observações, utilizamos um diário de campo, bem como um roteiro de observação, previamente formulado (Apêndice II). No diário de campo foram anotadas as informações relevantes para o estudo e que se destinam ao próprio observador (Quivy e Campenhoudt, 1992). Obtiveram-se registos escritos de observações realizadas durante as manhãs em que permanecemos em campo. Os dados resultantes da observação subsidiaram os dados obtidos através do questionário.

Posteriormente foram entregues vinte questionários (Apêndice III) seguidos de explicações, sendo que os mesmos foram respondidos sem auxílio do pesquisador e recolhidos após duas semanas da entrega. Da população-alvo de 20, foram respondidos 15, correspondendo a 75% do total. Consideramos que o não retorno dos questionários pode ter como razões tanto a ausência de enfermeiras no serviço por se encontrarem em período de férias como alguma resistência em responder ao questionário.

Do questionário fazem parte um total de 43 questões: 6 perguntas abertas e 37 fechadas (dicotómicas, e de múltipla escolha), organizadas das mais simples às mais complexas. As perguntas que tinham como objectivo colher dados gerais e precisos optamos por

deixá-las fechadas, as questões que tiveram por objectivo a recolha de informações mais abrangentes foram estruturadas de forma aberta.

Este questionário foi estruturado em quatro partes, a que chamamos dimensões (A, B, C e D), que se pretendiam estudar:

- A – Caracterização da amostra (1 dicotómica, 2 de escolha múltipla e uma aberta);
- B – Cuidados de enfermagem (3 de escolha múltipla: 2 com escala de Likert e uma dependente, 1 dicotómica);
- C – Dever de informar (2 dicotómicas, 2 de escolha múltipla: 1 com escala de Likert);
- D – Prática ética (1 escolha múltipla, 2 dicotómicas, 1 aberta).

As perguntas destinavam-se à colheita de dados relativa às opiniões dos enfermeiros da UPG sobre as práticas do dever de informação nos cuidados de enfermagem.

3 - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

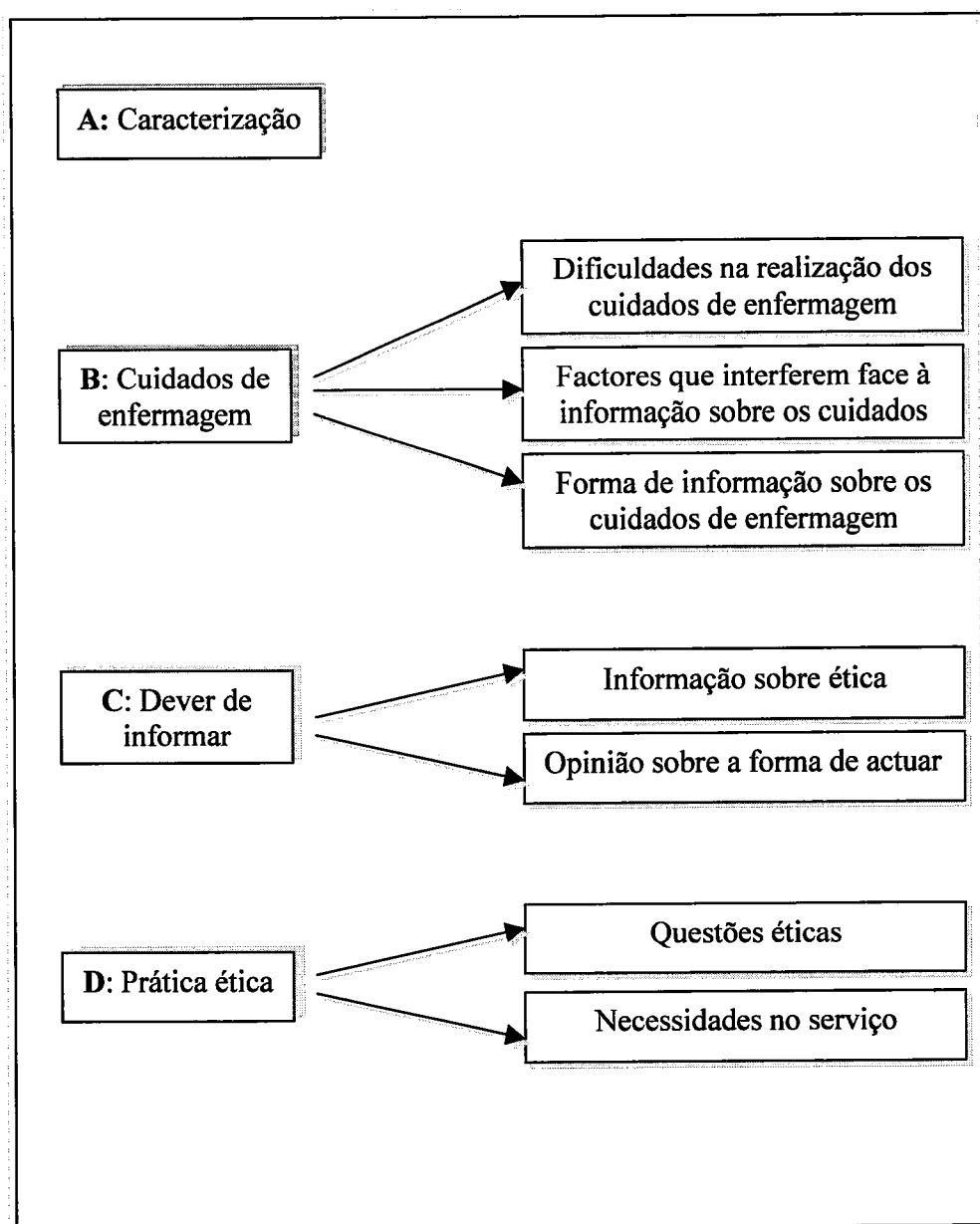
Mediante a apresentação e análise dos dados busca-se o reconhecimento e identificação de algumas respostas às das questões colocadas no início da pesquisa.

Os dados recolhidos inerentes às perguntas fechadas do questionário, foram agrupados e trabalhados no programa estatístico SPSS v.13 (*Statistical Package for the Social Science*) que permitiu, entre outras opções, construir tabelas de frequências e criar gráficos (Apêndice IV). As respostas abertas foram analisadas utilizando-se as etapas preconizadas por Bardin (1977):

- A pré-análise onde realizamos a leitura das respostas para obter contacto com o material a ser analisado;
- A exploração do material onde procedemos à codificação do conteúdo das mensagens;
- O tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Objectivando uma melhor visualização e compreensão dos dados, optamos por apresentá-los de acordo com as quatro dimensões concebidas no questionário, conforme o esquema apresentado na Figura 1, facilitando, assim, a apresentação dos dados para fins de interpretação, análise e discussão.

Figura 1 – Esquematização da interpretação e análise dos dados



A – Caracterização da Amostra

Constata-se que o género feminino corresponde a 100%, ou seja à totalidade da amostra. No que diz respeito à idade, e para efeitos de análise, os dados foram agrupados em 5 grupos etários. Dos indivíduos inquiridos 53,4% situam-se na faixa etária abaixo dos 30

anos, 20% pertencem ao grupo etário 31-35 anos e os restantes 26,7% estão acima dos 36 anos de idade.

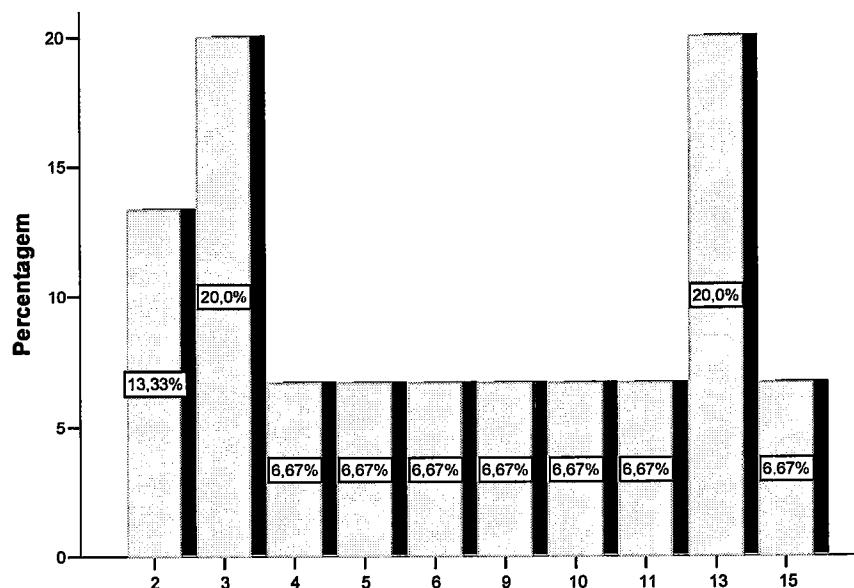
Quanto à variável da categoria profissional existem 53,3% com a categoria de enfermeiro e os restantes 46,7% pertencem à categoria de enfermeiro graduado. Constatava-se assim, haver um maior número na categoria de enfermeiro (nível 1).

Tabela 1 - Distribuição da equipa de enfermagem quanto ao género, idade e categoria profissional.

Variável	Classe	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Género	Feminino	15	100%
Idade	20-25	4	26,7
	26-30	4	26,7
	31-35	3	20
	36-40	4	26,7
Categoria Profissional	Enfermeiro	8	53,3
	Enfermeiro Graduado	7	46,7

Para uma melhor visualização do tempo de exercício profissional, optamos por apresentar o seguinte gráfico:

Gráfico 1 – Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto ao tempo de exercício profissional



Para efectuarmos a análise do gráfico 1 dividimo-lo em três grupos: até cinco anos, dos cinco até aos dez anos e superior a dez anos. Observamos que 46,67% possuem entre 0 e 5 anos, 20% entre 5 e 10 anos e 33,3% de 10 a 15 anos de tempo de exercício profissional.

Resumindo, os dados descritos revelam:

Os dados pessoais dos sujeitos revelam que a amostra é totalmente do género feminino. A enfermagem define-se como uma área onde o trabalho da mulher é predominante. Como nos diz Nunes (2003: 167): “parece evidente que o universo da Enfermagem seria constituído, maioritariamente, por mulheres”.

E, segundo Stacciarini (1999) referindo Gamanikow citado por Meyer (1993, p.48):

“A enfermagem é distintamente um trabalho de mulheres... mulheres estão peculiarmente adaptadas para a onerosa tarefa de cuidar hábil e pacientemente do doente, obedecendo fielmente ordens médicas. Habilidade

para cuidar do doente é uma natureza distintiva da mulher. Enfermagem é servir de mães ...pessoas adultas quando muito doentes são como crianças".

A faixa etária está compreendida entre os 20 e 30 anos (53,4%). Confirma-se, assim, ser uma população jovem.

Ao analisarmos a categoria profissional, verificamos que existe equilíbrio entre o número de indivíduos na categoria de enfermeiro e a categoria de enfermeiro graduado. Estas duas categorias de enfermagem, diferentes na temporalidade, desenvolvem acções que exigem conhecimento técnico e científico.

Referente ao tempo de exercício profissional, optamos por dividir os resultados em três estratos: até 5 anos, de 5 a 10 anos e superior a 10 anos. O primeiro estrato apresenta 46,67% de enfermeiras (corresponde a sete enfermeiras), o segundo contém apenas 20% (três enfermeiras) e o terceiro 33,3% (cinco enfermeiras). Percebe-se, segundo esta divisão, que a maioria das enfermeiras tem o tempo de exercício profissional inferior a cinco anos, no entanto, se agruparmos o segundo e o terceiro estrato, constatamos que, as enfermeiras deste serviço têm maioritariamente, tempo superior a cinco anos de exercício profissional.

B – Cuidados de Enfermagem

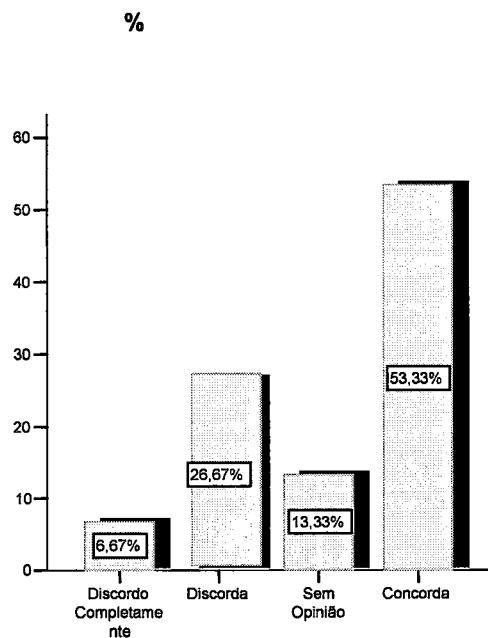
Nesta dimensão foram contempladas três questões: a primeira (Q1) relacionada com o tipo de dificuldades que os profissionais enfrentam na realização dos cuidados de enfermagem, a segunda (Q2) diz respeito aos factores que interferem na forma de agir face à informação sobre os cuidados e uma terceira (Q3) onde se pretende averiguar qual a informação que a diáde criança/família recebe.

Analizamos os dados das questões de acordo com os vários itens que as constituem. Associamos as opções discordo completamente e discordo, bem como as opções concordo completamente e concordo porque entendemos que as opiniões manifestadas são convergentes e facilitadoras na interpretação dos dados.

Q1 - Que tipo de dificuldades enfrenta na realização diária dos cuidados de enfermagem?

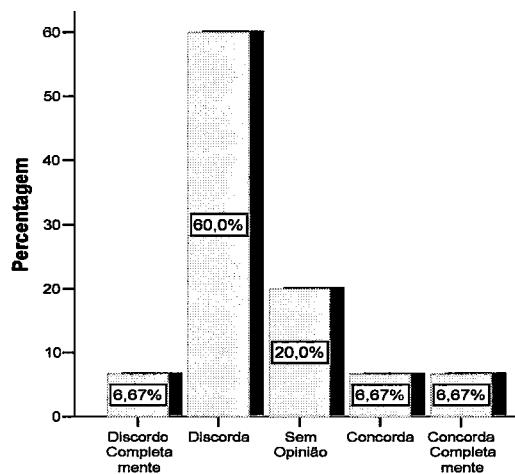
Os dados revelam que 53,33% dos inquiridos concordam quanto ao facto de a sobrecarga de trabalho constituir dificuldade na realização dos cuidados e 33,34% não concorda. Salienta-se a existência de 13,33% sem opinião definida.

Gráfico 2 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à sobrecarga de trabalho



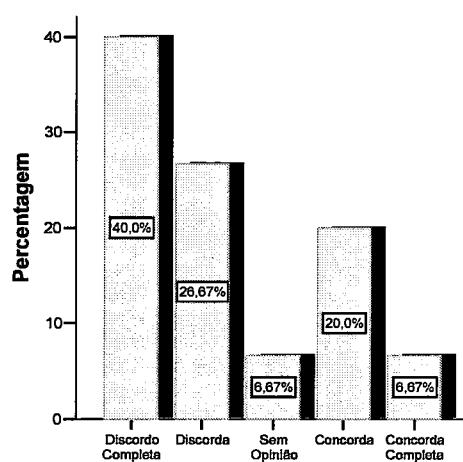
Da interpretação do gráfico três observamos que existe concordância em 13,34% quanto à falta de formação como factor constituinte de dificuldade, apenas 6,67% dos indivíduos manifesta discordância e 20% não tem opinião.

Gráfico 3 – Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à falta de formação



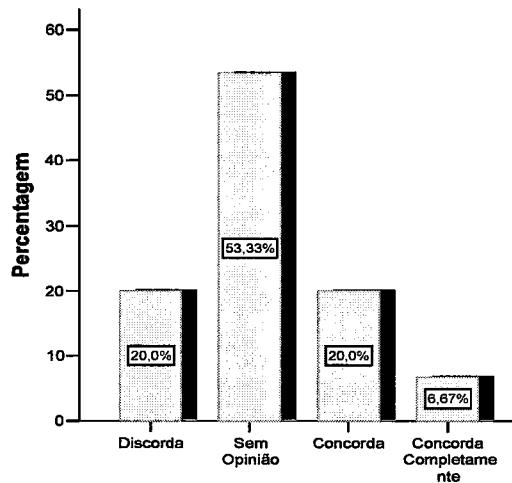
A desmotivação, para 66,67% não é uma dificuldade na prestação dos cuidados, enquanto que para 26,67% pode interferir na realização dos cuidados de enfermagem. Dos inquiridos apenas 6,67% não manifesta opinião.

Gráfico 4 – Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à desmotivação



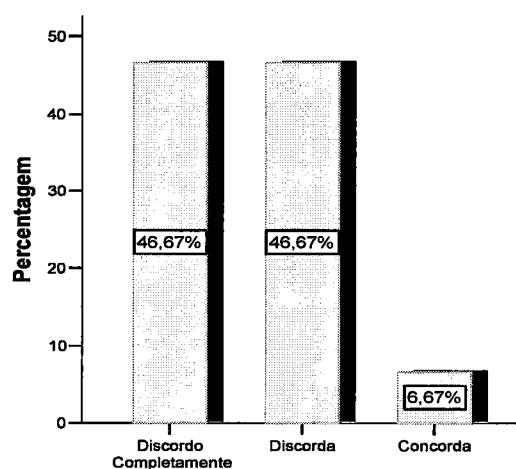
Verifica-se que a maioria dos inquiridos, (53,33%), não tem opinião formada quanto à falta de recursos humanos. Por outro lado, 26,67% manifesta concordância e 20% não concorda.

Gráfico 5 – Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à falta de recursos humanos



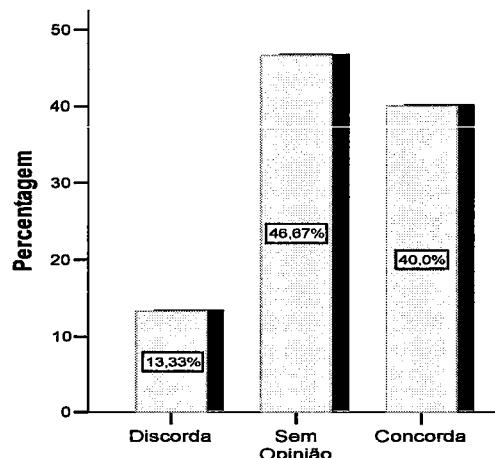
Os dados relativos à falta de condições demonstram-nos que 93,34% dos inquiridos manifesta discordância nesta opção e, apenas 6,67% concorda.

Gráfico 6 – Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à falta de condições



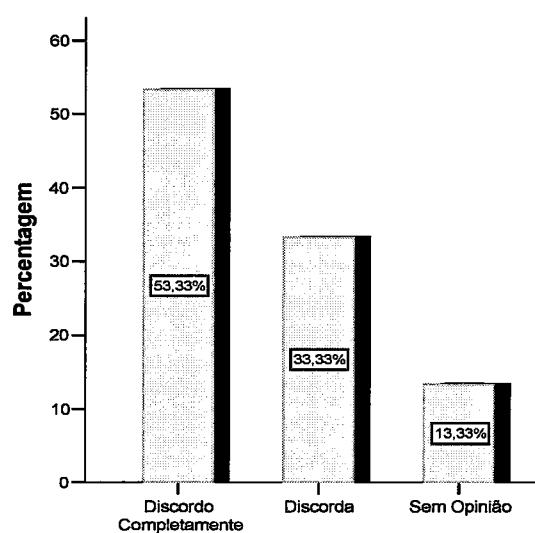
No que diz respeito ao relacionamento com a equipa médica, 46,67% não tem opinião formada e para 40% constitui uma dificuldade diária na prestação dos cuidados.

Gráfico 7 – Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto ao relacionamento com a equipa médica



A execução de cuidados de âmbito técnico não representa dificuldade para a maioria dos inquiridos (86,66). No entanto, para 13,33% não tem opinião formada.

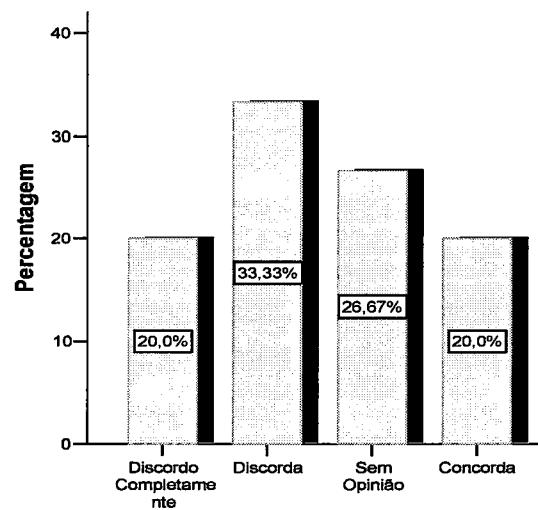
Gráfico 8 – Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto à execução técnica



Os dados revelam que para 53,33% dos inquiridos as questões do foro ético não dificultam a realização dos cuidados enquanto que 20% considera significativo este item.

Salienta-se o facto de 26,67% não ter opinião sobre o assunto.

Gráfico 9 – Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto às questões do foro ético



A seguir apresentamos uma tabela com a síntese referente todas as questões desta dimensão e descrevemos a analise alusiva à questão em foco.

Tabela 2 – Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto às dificuldades sentidas na realização dos cuidados de enfermagem

	Discordo completamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo completamente
Sobrecarga de trabalho	6,67%	26,67%	13,33%	53,33%	-
Falta de formação profissional	6,67%	60%	20%	6,67%	6,67%
Desmotivação	40%	26,67%	6,67%	20%	6,67%
Falta de recursos humanos	-	20%	53,33%	20%	6,67%
Falta de condições de trabalho	46,67%	46,67%	-	6,67%	-
Relacionamento com a equipa médica	-	13,33%	46,67%	40%	-
Execução de cuidados de âmbito técnico (por ex. entubar)	53,33%	33,33%	13,33%	-	-
Questões do foro ético	20%	33,33%	26,67%	20%	-

Assim, segundo os dados da pesquisa temos:

- 53,33% estão de acordo que a sobrecarga de trabalho pode dificultar a realização diária dos cuidados de enfermagem.

- Existe 66,67% de opiniões discordantes quanto à falta de formação profissional.
- 53,33% não tem opinião formada sobre a influência da falta de recursos humanos nesta questão.
- A execução de cuidados de âmbito técnico parece não influir nesta questão uma vez que 86,66% manifestam discordância.
- A maioria (53,33%) discorda quanto ao facto de questões do foro ético interferirem nos cuidados de enfermagem.
- Quanto ao relacionamento com a equipa médica, 46,67% não tem opinião sobre o assunto.

Segundo Jorge e Simões (1995, cf. Costa 2004) a prestação de cuidados envolve uma componente de humanização e a competência técnica associa o cuidado humano.

Q2 – Que factores interferem na forma de agir face à informação sobre os cuidados de enfermagem?

Dos profissionais inquiridos 46,66% refere que a presença dos pais não interfere com a sua forma de agir enquanto que para 26,67% influencie o agir quanto à informação.

Tabela 3 – Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à presença dos pais

Presença Pais	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Discordo Completamente	2	13,3
Discorda	5	33,3
Sem Opinião	4	26,7
Concorda	3	20,0
Concorda Completamente	1	6,7
Total	15	100,0

A maioria dos inquiridos (86,67%) refere que a ansiedade da criança/família é um factor que influencia na prestação de cuidados e apenas 12,34% discordam.

Tabela 4 – Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à ansiedade da criança/família como factor interferente

Ansiedade Criança/Família	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Discordo Completamente	1	6,7
Discorda	1	6,7
Concorda	9	60,0
Concorda Completamente	4	26,7
Total	15	100,0

Os dados da tabela seguinte revelam que a maioria dos inquiridos (73,4%) referem o stress como factor interferente face à informação a transmitir, 20% discorda e 6,7% não tem opinião.

Tabela 5 – Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto ao stress

Stress	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Discordo Completamente	3	20,0
Sem Opinião	1	6,7
Concorda	10	66,7
Concorda Completamente	1	6,7
Total	15	100,0

As frequências assinaladas na tabela 6 mostram que a dor causada no procedimento é um factor concordante para 73,3% da equipa de enfermagem, no entanto existe igual

percentagem (13,3%) para os indivíduos que não estão de acordo e os que não têm opinião sobre este item.

Tabela 6 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à dor provocada pelo procedimento

Dor no Procedimento	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Discordo Completamente	1	6,7
Discorda	1	6,7
Sem Opinião	2	13,3
Concorda	9	60,0
Concorda Completamente	2	13,3
Total	15	100,0

Observa-se que para 46,7% dos inquiridos a insegurança interpõe-se nas informações a dar sobre os cuidados de enfermagem, 33,3% não tem opinião definida e 30% discordam.

Tabela 7 - Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à insegurança

Insegurança	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Discordo Completamente	2	13,3
Discorda	1	6,7
Sem Opinião	5	33,3
Concorda	7	46,7
Total	15	100,0

Nesta tabela 8 podemos verificar que o nível de concordância (40%) é igual ao de não concordância. Exceptuando os 20% que não tem opinião, podemos considerar que para

metade da equipa a falta de conhecimentos teóricos afecta a forma de agir frente à informação a prestar, e para a outra metade este item não é impeditivo de se informar sobre os cuidados de enfermagem.

Tabela 8 – Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à falta de conhecimentos teóricos

Falta de Conhecimentos Teóricos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Discordo Completamente	2	13,3
Discorda	4	26,7
Sem Opinião	3	20,0
Concorda	4	26,7
Concorda Completamente	2	13,3
Total	15	100,0

Os dados revelam que a maioria (60%) não considera o cansaço como factor interferente na informação enquanto que 26,7% refere que pode interferir na forma como se informam os pais/família da criança.

Tabela 9 – Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto ao cansaço

Cansaço	Frequência absoluta	Frequência relativa
Discordo Completamente	7	46,7
Discorda	2	13,3
Sem Opinião	1	6,7
Concorda	4	26,7
Concorda Completamente	1	6,7
Total	15	100,0

Ao observarmos a tabela 10 verificamos que quanto à experiência profissional existe concordância para 53,33%, enquanto que 33,3% não se manifesta e, apenas 13,3% discordam.

Tabela 10 – Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à experiência profissional

Experiência Profissional	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Discordo Completamente	2	13,3
Sem Opinião	5	33,3
Concorda	6	40,0
Concorda Completamente	2	13,3
Total	15	100,0

A formação profissional é para 66,7% dos indivíduos um factor relevante, de acordo com as respostas concordantes, enquanto que 33,3% diz não o ser.

Tabela 11 – Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à formação profissional

Formação Profissional	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Discordo Completamente	2	13,3
Discorda	3	20,0
Concorda	9	60,0
Concorda Completamente	1	6,7
Total	15	100,0

Para a variável dificuldade de comunicação surge idêntica situação à variável falta de conhecimentos teóricos.

Assim temos, 40% de opiniões positivas e 40% negativas. Mantém-se 20% sem opinião formada.

Tabela 12 – Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à dificuldade de comunicação

Dificuldade de Comunicação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Discordo Completamente	2	13,3
Discorda	4	26,7
Sem Opinião	3	20,0
Concorda	4	26,7
Concorda Completamente	2	13,3
Total	15	100,0

Para a maioria (46,7%) a supervisão de outros elementos da equipa não impede que a diáde criança/família sejam informadas quanto aos cuidados de enfermagem. Existem 26,7% que não têm opinião e 26,7% que concorda.

Tabela 13 – Distribuição das respostas da equipa de enfermagem quanto à supervisão

Supervisão	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Discordo Completamente	1	6,7
Discorda	6	40,0
Sem Opinião	4	26,7
Concorda	4	26,7
Total	15	100,0

Na tabela 14 encontra-se a síntese relativa à Q2.

Tabela 14 – Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto aos factores que interferem na sua forma de agir face à informação sobre os cuidados de enfermagem

	Discordo completamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo completamente
Presença dos pais	13,33%	33,33%	26,67%	20%	6,67%
Ansiedade da criança/família	6,67%	6,67%	0%	60%	26,67%
Stress	20%	0%	6,67%	66,67%	6,67%
Dor no procedimento	6,67%	6,67%	13,33%	60%	13,33%
Insegurança	13,33%	6,67%	33,33%	46,67%	0%
Falta de conhecimentos teóricos	13,33%	26,67%	20%	26,67%	13,33%
Cansaço	46,67%	13,33%	6,67%	26,67%	6,67%
Experiência profissional	13,33%	0%	33,33%	40%	13,33%
Formação profissional	13,33%	20%	0%	60%	6,67%
Dificuldade de comunicação	13,33%	26,67%	20%	26,67%	13,33%
Supervisão de outros elementos	6,67%	40%	26,67%	26,67%	0%

Podemos verificar que surge como factor principal de dificuldade na informação da diáde criança/família, a ansiedade da criança/família com 86,67%, seguido do stress (73,34%) e da dor no procedimento (73,33%). Para Martins (1991) alguns profissionais de saúde que lidam todos os dias com sofrimento, são tolerantes envolvendo-se com estas situações, enquanto que outros evitam qualquer fonte que possa provocar ansiedade. O quarto factor é a formação profissional (66,67%) o que para Proença e Barros (1993; cf. Ferreira, 2004) “a formação não é um somatório ou acumulação de cursos ou conhecimentos, ela constrói-se através de reflexão crítica, numa construção permanente da identidade pessoal”.

No entanto, os factores que menos interferem, de acordo com a opinião expressa nos questionários, parecem ser o cansaço (60%) e a supervisão de outros elementos da equipa (46,67%).

Um factor curioso é relativo à dificuldade de comunicação, que é entendida de forma equivalente pelas enfermeiras, em termos de discordância e concordância, 40% para cada lado, com 20% a não manifestarem opinião.

Estes dados vão de encontro ao referido por Carapinheiro (2006: 47): “no acto de comunicar projectam-se complexos sistemas de percepção e representação, de saberes e competências e de experiências e práticas, sobre a saúde e a doença (...)” que podem assumir, para algumas enfermeiras, contextos difíceis de contornar.

Q3 - Forma de informação

Relativamente à questão “a criança/pais/família recebem informação sobre os cuidados de enfermagem que lhe vão ser prestados?” 100% dos inquiridos respondeu afirmativamente. Quanto à forma como ela é transmitida 60% dos inquiridos respondeu que é feita oralmente, 20% diz que a informação é oral e através de actividade lúdica e 20% indica todas as opções, incluindo panfletos.

Tabela 15 – Formas de informação sobre os cuidados de enfermagem

Forma Transmissão	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Oralmente	9	60,0
Oralmente e Actividade Lúdica	3	20,0
Todas (oral, panfleto e actividade lúdica)	3	20,0

Através da aplicação da observação participante recorremos aos registos do diário de campo e encontramos as seguintes anotações:

- *Entrada de uma criança, vinda da Urgência Pediátrica acompanhada pela mãe. A enfermeira faz o acolhimento, indicando o quarto, explica as regras de funcionamento (visitas, refeições) do serviço à mãe. Não é entregue qualquer género de panfleto. Fala com a criança e explica que vai colocar-lhe o soro porque não está em jejum.*
-
- *Colheita de sangue a uma criança (5 anos): Na sala de colheitas a criança está muito chorosa, na companhia da mãe. A enfermeira explica-lhe calmamente os procedimentos.*

Constatamos que a forma de informação utilizada foi a oral. Fomos informados por uma enfermeira da não existência de panfletos no momento em que foi efectuada a pesquisa, porque estava a ser elaborado um novo.

C – Dever de Informar

Nesta dimensão pretendemos dar resposta ao objectivo inerente à percepção da equipa de enfermagem sobre o dever de informar.

Toda a equipa de enfermagem respondeu afirmativamente quanto ao conhecimento do CDE. Relativamente à existência no serviço de alguma forma de informação sobre questões éticas, 46,7% respondeu que não existe nenhuma forma de informação e a mesma percentagem responde que existe especificando: Guia de acolhimento, panfletos, acções de formação e Carta dos Direitos da Criança (Anexo II).

Tabela 16 – Opinião da equipa de enfermagem da UPG sobre o dever de informação

	Sempre	Muitas vezes	Nem sempre	Nunca
Respeito o direito dos pais/família à escolha no cuidado de enfermagem e de saúde.	40%	26,67%	33,33%	-
O enfermeiro age no papel de advogado para proteger a integridade física e moral da criança.	40%	40%	20%	-
Na informação a transmitir utiliza expressões claras e de fácil compreensão.	53,33%	33,33%	13,33%	-
Os enfermeiros informam ou esclarecem os pais/família sobre todos os aspectos técnicos inerentes ao seu estado de saúde.	26,67%	33,33%	40%	-
A criança/família tem o dever de ser informado e de consentir que lhe sejam prestados os cuidados de enfermagem.	73,33%	20%	6,67%	-
Deverá ser facultada toda a informação relativa à natureza dos cuidados que vão ser prestados à criança/família.	60%	13,33%	26,67%	-
As informações obtidas e transmitidas oralmente à criança/família pela equipa de enfermagem legitimam-se através dos registos em enfermagem.	33,33%	66,67%	-	-
O respeito pelo princípio da autonomia é fundamental na relação utente/profissional de saúde.	73,33%	26,67%	-	-
O consentimento informado é uma escolha voluntária dos pais/família, que advém da informação que é facultada sobre os cuidados de enfermagem.	26,67%	40%	26,67%	6,67%
Para qualquer género de acto inerente a cuidados de saúde, deve ser sempre obtido o consentimento dos pais/família.	30,77%	61,54%	7,69%	-
A experiência profissional é sinónima de melhor capacidade para respeitar e assumir o dever de informar os pais/família sobre os cuidados de enfermagem.	15,38%	15,38%	53,85%	15,38%

A análise da tabela 16 permite evidenciar que 40% respeita sempre o direito dos pais/família à escolha nos cuidados de enfermagem e de saúde, 26,67% muitas vezes e 33,33% entende que nem sempre.

Quanto ao facto de o enfermeiro agir no papel de advogado para proteger a integridade física e moral da criança, 40% considera que é sempre e a mesma percentagem é referida para a opção de muitas vezes.

Para 53,33% expressões claras e de fácil compreensão são sempre utilizadas na informação.

Relativamente à opinião sobre se os enfermeiros devem informar ou esclarecer os pais/família sobre todos os aspectos técnicos inerentes ao seu estado de saúde, a maioria (40%) respondeu que nem sempre o deve fazer.

Para 73,33% a criança/família deve ser informado e consentir que lhe sejam prestados os cuidados de enfermagem.

Quanto à opinião sobre se deverá ser facultada toda a informação relativa à natureza dos cuidados que vão ser prestados à criança/família, a maioria (60%) entende que deve ser sempre e para 26,67% nem sempre.

As informações obtidas e transmitidas oralmente à criança/família pela equipa de enfermagem legitimam-se muitas vezes através dos registos em enfermagem para 66,67%. No entanto 33,33% considera que acontece sempre.

A maioria (73,33%) identifica que o respeito pelo princípio da autonomia é sempre fundamental na relação utente/profissional de saúde.

Os dados revelam que 26,67% encara que o consentimento informado é sempre uma escolha voluntária dos pais/família, que advém da informação que é facultada sobre os cuidados de enfermagem, 40% entende que muitas vezes, 26,67% diz que nem sempre e 6,67% respondeu nunca.

Os dados concomitantes às duas próximas opções têm duas respostas omissas. Desta forma 61,54% considera que muitas vezes qualquer género de acto inerente a cuidados de saúde, deve ser sempre obtido o consentimento dos pais/família e 30,77% entende que é sempre.

Para 53,85% a experiência profissional nem sempre é sinónima de melhor capacidade para respeitar e assumir o dever de informar os pais/família sobre os cuidados de enfermagem. Equivalente percentagem (15,38%) é considerada para cada uma das opções: sempre, muitas vezes e nunca.

Através da observação participante encontramos os seguintes registos:

- *A enfermeira entra no quarto, dirige-se à mãe e diz-lhe que vai aspirar o bebé. Pergunta-lhe se quer assistir ou se prefere não ver, ao que a mãe responde que fica no quarto, mas na retaguarda. A enfermeira inicia a aspiração de secreções e explica o procedimento à mãe: "Para evitar o que aconteceu à bocado". (O bebé tinha-se engasgado).*
- *A enfermeira efectua ensino de amamentação, explica claramente a importância da amamentação e valida com a mãe a percepção que esta tem no momento do ensino. "Coloque a bebé ao peito com o corpo voltado para si de maneira a sentir-se confortável". A enfermeira ajuda a mãe e incentiva: "Pronto, assim mesmo!".*
- *A mãe de uma criança vai ter com a enfermeira e questiona-a quanto ao tempo de internamento do filho, quer saber quais os tratamentos que vai fazer. A enfermeira em questão responde e explica sumariamente a natureza dos cuidados. "O médico depois informa-a do que se passa. Agora vai fazer um remédio para a febre para ele se sentir melhor".*

D - Prática ética

Foi pedido à equipa de enfermagem que identificasse quais os problemas éticos que mais as preocupavam. Observando o gráfico 10 constata-se que 40% refere os registos incorrectos de procedimentos e práticas de enfermagem, 20% o stress, 6,67% a postura inadequada dos profissionais de saúde e mau relacionamento com os colegas.

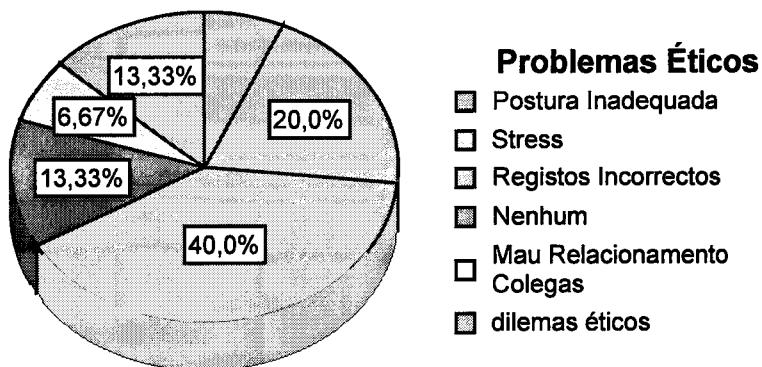


Gráfico 10 - Distribuição das respostas quanto aos problemas éticos

Relativo à necessidade de efectuarem leituras sobre ética, 53,33% da equipa responde afirmativamente, enquanto que 46,67% responde negativamente.

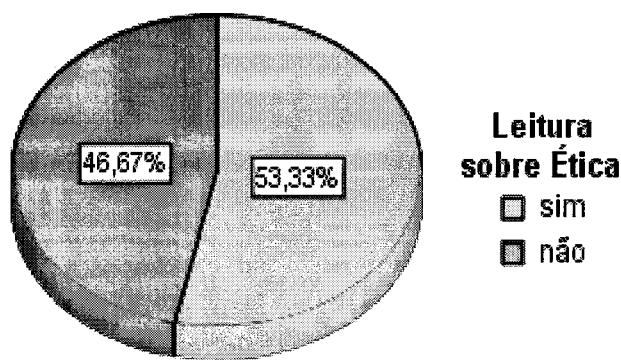


Gráfico 11 - Distribuição das respostas quanto à leitura sobre ética

No gráfico 12 podemos constatar que a maioria (60%) identifica a falta de formação da equipa de enfermagem sobre questões do foro ético.

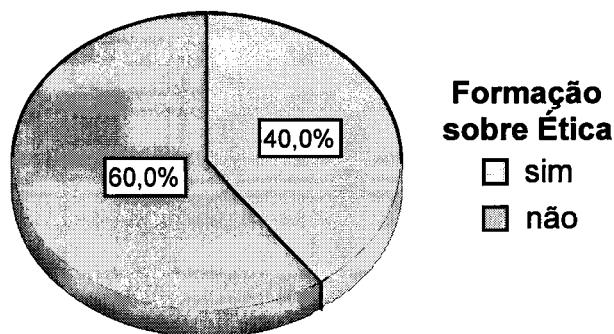


Gráfico 12 - Distribuição das respostas quanto à formação da equipa de enfermagem sobre questões éticas

Análise dos dados das questões abertas

A análise das respostas às questões abertas foi realizada pela utilização do método da análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (1977) constituída por três etapas: pré análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A técnica utilizada foi a de análise categorial, que consiste no desmembramento do texto em unidades para depois as reagrupar em categorias.

Na fase da pré-analise realizamos a leitura flutuante das respostas das enfermeiras, para estabelecer contacto com o material a ser analisado e conhecer o texto, sendo posteriormente organizado o *corpus* a ser analisado. O *corpus*, que é considerado por Bardin (1977: 96) como o “conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”, constituiu-se dos depoimentos escritos sobre a existência de formação da equipa de enfermagem sobre questões éticas e sobre o âmbito da informação nas práticas dos cuidados de enfermagem.

Na fase da exploração do material, onde ocorreu a análise propriamente dita, procedemos à codificação, que correspondeu ao tratamento do material através do recorte, agregação e enumeração, de modo que representassem o conteúdo das mensagens.

A unidade de registo utilizada foi o tema, sendo identificada por recortes conforme os núcleos de sentido das ideias que compõem o registo das enfermeiras.

Escolhemos o tema como unidade de registo porque segundo Bardin (1977: 106) “as respostas a questões abertas (...) podem ser, e são frequentemente, analisadas tendo o tema por base”.

A análise temática realizada consistiu em isolar diferentes núcleos, extraiendo as partes utilizáveis de acordo com o problema pesquisado e que tivessem significado para o objectivo da análise.

De acordo com Bardin (1977), para classificar os elementos em categorias, precisamos identificar o que têm em comum que permitam o seu agrupamento (Apêndice V).

Na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação foram tratadas as informações fornecidas pela análise, da qual emergiu uma categoria que foi denominada **questões éticas da prática**, em conformidade com o tema a que se referia. Esta categoria foi dividida em três sub-categorias considerando a fundamentação teórica em que se apoia a pesquisa e receberam denominações de acordo com o tema a que se referiam.

Estas sub-categorias são:

- Problemas éticos da prática.
- Formação da equipa de enfermagem.
- Informação sobre as práticas.

A seguir, apresentamos a descrição dos elementos constituintes das sub-categorias e a análise e discussão desses dados.

Sub-categoria – Problemas éticos da prática

Esta sub-categoria é composta pelas ideias que os enfermeiros expressaram relativamente aos problemas éticos que mais influenciam a sua prática.

Constituem esta unidade de registo três referências que identificaram a relação com os pares e com a chefia e, ainda problemas éticos das práticas. Estes aspectos são evidenciados em recortes, conforme descritos a seguir:

Q1 – “*Mau relacionamento com colegas (...)*”.

“*Mau relacionamento com (...) chefe do serviço*”.

Q 12 – “*Dilemas éticos onde é necessário ponderar sobre vários princípios e valores (...)*”.

Parece existir algum descontentamento e desapontamento nestas descrições e, de acordo com Hesbeen (2000: 81):

“(...) prestadores de cuidados e chefias parecem já não falar a mesma língua ou, por outras palavras, utilizam o mesmo vocabulário para, na realidade, exprimir representações diferentes”.

Sub-categoria – Formação da equipa de enfermagem existente no serviço

Nesta sub-categoria encontramos expressas as ideias da equipa de enfermagem referentes à formação da equipa sobre as questões éticas, existente em serviço. Constituem esta unidade de registo cinco elementos em que o tema abordado se demonstra nos depoimentos a seguir:

Q8 – “*Plano de formação interno*”.

Q9 – “*No plano de formação interna existem acções de formação desta área*” e ainda “*existem congressos externos que abordam esta área*”.

Q12 e Q13 – “*No plano de formação do hospital*”.

O Plano de formação interno é referido por todas as enfermeiras que responderam afirmativamente a esta questão.

Segundo Benner (2001: 204) “a formação no seio do serviço permite comparar os pontos comuns e as diferenças entre numerosos casos clínicos.”

Sub-categoría – Información sobre as prácticas

Esta categoría está relacionada com as ideias expressas da equipa de enfermagem acerca do que pode ser feito no serviço no âmbito da informação sobre as práticas dos cuidados de enfermagem. Identificamos treze unidades de registo que se referem a programas de formação em serviço, partilha da informação na passagem de turno, divulgação deste estudo e informação aos pais.

O tema referido com mais frequência aborda a necessidade de programas de formação em serviço. Das treze unidades de registo, sete mencionaram este problema.

Transcrevemos algumas dessas declarações:

Q6 – “(...)*formações para partilha de experiências dos profissionais*”.

Q7 – “*Mais acções de formação sobre estes temas*”.

Q8 – “*Maior número de acções de formação multidisciplinares*”.

Q9 – “(...)*mais formações neste âmbito, a toda a equipa multidisciplinar (...)*”.

As enfermeiras identificaram a necessidade de um intercâmbio constante entre os aspectos teóricos e os aspectos práticos, tanto a nível de formação como no exercício da profissão.

Segundo Mestrinho (2000: 18): “é nos contextos de formação ou de trabalho, perante a prestação de cuidados ao utente, que os enfermeiros têm a possibilidade de construir a sua identidade profissional”.

Outro ponto relevante é atribuída à partilha da informação na passagem de turno, expresso pelos seguintes comentários:

Q 1 – “*Troca de impressões por exemplo na passagem de ocorrências*”.

Q12 – “*A informação sobre as práticas de cuidados é feita nas passagens de turno e nos registos de enfermagem (...)*”.

Q12 – “(...)*no serviço existe uma filosofia de partilha (...) que possibilitam a reflexão sobre os cuidados (...) nas passagens de turno (...)*”.

Dois elementos responderam a esta questão referindo que a informação aos pais é prática comum no serviço conforme transcrito:

Q12 - “(...) *permite dar continuidade e não quebrar as informações oferecidas aos pais / substitutos/ criança*”.

Q13 - “*Os pais são informados dos cuidados prestados já que participam neles activamente nos mesmos*”.

Uma enfermeira mencionou a divulgação deste estudo como forma de contribuir para informação sobre as práticas conforme se constata:

Q3 - “*Apresentação dos resultados deste estudo, como instrumento de ensino para as duas grandes temáticas: «Educação para a saúde» e «Questões éticas»*”.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação da discussão dos resultados efectua-se conforme os objectivos propostos.

Em relação ao objectivo de **identificar dificuldades e factores das práticas dos cuidados de enfermagem relacionados com os anos de serviço** cruzamos as variáveis da dimensão B (Cuidados de Enfermagem) com o tempo de serviço profissional (dividido em três grupos) no intuito de analisarmos a eventual existência de diferenças significativas de acordo com o tempo profissional (Apêndice VI).

Evidenciou-se que na equipa de enfermagem a maioria das enfermeiras tem um tempo de exercício profissional inferior a 5 anos o que demonstra que está de acordo com os dados obtidos quanto à idade da equipa, confirmando que é uma equipa jovem.

No presente estudo, das oito variáveis questionadas, os resultados foram semelhantes em termos de concordância e discordância para ambos os grupos.

A análise da Tabela 17 permite essa conclusão: as enfermeiras com tempo de exercício profissional até cinco anos e superior a dez anos, dizem que a falta de formação profissional e a motivação não constituam dificuldades na prática dos cuidados de enfermagem. Quanto à sobrecarga de trabalho ser uma dificuldade, existe um índice de 20% de discordância para as enfermeiras com menos tempo de profissão e para as que têm mais tempo, no entanto as enfermeiras que constituem o grupo compreendido entre 5 e dez anos acham que pode dificultar a prestação dos cuidados. Em relação à falta de condições de trabalho há unanimidade de discordância para todos os grupos. As enfermeiras com menos tempo de serviço não manifestaram opinião em relação à equipa médica, enquanto que as mais velhas discordam. Relativamente à importância da execução de cuidados técnicos, bem como às questões do foro ético interferem na prática dos cuidados, há discordância para ambos os grupos.

Salienta-se nesta tabela a elevada percentagem de enfermeiras do primeiro grupo (até cinco anos) sem opinião sobre estas questões.

Kramer citado por Wilson (1991; cf. Mestrinho et al, 2000) faz referência ao facto dos enfermeiros recém-formados descobrirem que a formação de base não está de acordo

com o que encontram nos locais de trabalho, encarando esta discrepancia como um conflito entre o que é certo e é errado. Será este conflito causador de dúvidas e impulsor de receios que impeça os enfermeiros de manifestar as suas opiniões?

Constata-se que os dados acima descritos revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas relacionadas com o tempo de exercício profissional das enfermeiras e as dificuldades sentidas diariamente na realização de cuidados de enfermagem.

Segundo Mestrinho et al (2000: 67) “os cuidados de enfermagem situam-se numa encruzilhada de sistema de crenças e de valores que, estando em permanente interacção, se influenciam mutuamente. (...) Sempre tiveram uma função social e só fazem sentido quando inseridos no contexto social”. Como tal a prestação dos cuidados é fortemente influenciada pelas expectativas sociais e, neste sentido, influenciam os objectivos profissionais e as formas de actuar dos enfermeiros. De acordo com estudos efectuados por Cooper e Marshall (1976; cf. Mestrinho et al, 2000) a falta de segurança, as condições de trabalho e a sobrecarga de trabalho surgem como fontes de stress que podem conduzir a insatisfação no local de trabalho. Com efeito, no presente estudo a sobrecarga de trabalho é o único factor que aparenta discordância relativa entre o grupo de enfermeiras mais jovens e o grupo de enfermeiras com mais de dez anos. As enfermeiras mais jovens concordam que este item dificulta a realização diária dos cuidados, o que no dizer de Carapinheiro (1993; cf. Mestrinho et al, 2000)

“as gerações mais jovens de enfermeiros tentam desenvolver estratégias de revalorização profissional que lhe concedam alguns graus de autonomia em relação ao poder médico, podendo na prestação de cuidados, recorrer a medidas da sua iniciativa”

e, desta feita, o excesso de trabalho que estas enfermeiras referem, impede a aprendizagem e o desenvolver de capacidades e competências de enfermagem.

Posteriormente construímos uma tabela que permitiu comentar os dados relativos às dificuldades que interferem na prestação dos cuidados de enfermagem.

Tabela 17 - Distribuição da frequência relativa das respostas da equipa de enfermagem quanto às dificuldades sentidas na realização dos cuidados de enfermagem de acordo com os anos de serviço.

	Tempo de serviço								
	Até 5 anos (46,67%)			5 a 10 anos (20%)			Mais de 10 anos (33,3%)		
	Concordo %	S/ Opinião %	Discordo %	Concordo %	S/ Opinião %	Discordo %	Concordo %	S/ Opinião %	Discordo %
Sobrecarga de trabalho	20	6,67	20	13,3	-	6,67	13,3	6,67	20
Falta de formação profissional	6,67	13,3	26,67	-	6,67	13,3	6,67	-	26,67
Desmotivação	13,3	-	26,67	6,67	-	6,67	6,67	-	26,67
Falta de recursos humanos	-	26,67	13,3	13,3	6,67	-	6,67	-	26,67
Falta de condições de trabalho	-	-	46,67	-	-	20	6,67	-	26,67
Relacionamento com a equipa médica	-	40	6,67	13,3	-	6,67	-	6,67	26,67
Execução de cuidados de âmbito técnico (por ex. entubar)	-	6,67	40	-	6,67	13,3	-	-	333
Questões do foro ético	-	13,3	33,3	6,67	6,67	6,67	13,3	6,67	13,3

Posteriormente construímos uma tabela que nos permite explicitar os dados relativos aos factores que interferem na informação a fornecer ao utente sobre os cuidados de enfermagem.

Da análise da tabela 18 descrita verificamos que a presença dos pais nos cuidados de enfermagem, não constitui um factor de interferência na informação a prestar para as enfermeiras com tempo de serviço inferior a cinco anos, no entanto, para as enfermeiras com tempo superior a dez anos pode interferir.

Existe concordância por ambos os grupos para as variáveis ansiedade da criança/família, stress, dor no procedimento e formação profissional. Quanto à insegurança esta é descrita pelas enfermeiras com tempo superior a cinco anos, como um factor pode afectar a informação.

A falta de conhecimentos teóricos é considerada pelo grupo de tempo inferior a cinco anos, como factor não interferente na informação, mas o grupo com tempo superior a dez anos entende que pode afectar esta questão.

As enfermeiras com exercício profissional compreendido entre cinco e dez anos, concordam que o cansaço pode influenciar negativamente nas informações a dar, mas os outros grupos discordam.

Parece haver concordância generalizada quanto ao factor sobre a formação profissional. As enfermeiras sentem que a formação é deveras importante para se informar sobre os cuidados de enfermagem.

Conforme refere Hesbeen (1998: 13) “ a formação continua (...) inscreve-se em práticas muito diversas. (...) Cumprem a sua missão de acompanhar o desenvolvimento profissional, propício a uma prática de cuidados mais hábil (...)”.

A dificuldade de comunicação não é relevante para as enfermeiras com menos de cinco anos, no entanto, para as enfermeiras com tempo superior a dez anos contribui para a não informação a prestar à criança/família.

Percebe-se então, que existe diferença de opiniões entre as enfermeiras com tempo de exercício profissional inferior a cinco anos e as enfermeiras com tempo superior a dez anos, para os factores referentes à presença dos pais/família, à falta de conhecimentos teóricos e à dificuldade de comunicação, enquanto que para os restantes factores há concordância de opiniões.

Tabela 18 – Distribuição da frequência relativa das respostas quanto aos factores que interferem na informação aprestar sobre os cuidados de enfermagem de acordo com os anos de serviço

	Tempo de serviço									
	Até 5 anos (46,67%)			5 a 10 anos(20%)			Mais de 10 anos (33,3%)			
	Concordo %	S/ Opinião %	Discordo %	Concordo %	S/ Opinião %	Discordo %	Concordo %	S/ Opinião %	Discordo %	
Presença dos pais	6,67	6,67	33,3	6,67	6,67	6,67	13,3	13,3	6,67	
Ansiedade da criança/família	40	-	6,67	13,3	-	6,67	33,3	-	-	
Stress	46,67	-	-	13,3	-	6,67	13,3	6,67	13,3	
Dor no procedimento	40	6,67	-	6,67	6,67	6,67	26,67	-	6,67	
Insegurança	6,67	33,3	6,67	13,3	-	6,67	26,67	-	6,67	
Falta de conhecimentos teóricos	13,3	13,3	20	6,67	6,67	6,67	20	-		
Cansaço	13,3	6,67	26,67	13,3	-	6,67	6,67	-	26,67	
Experiência profissional	20	26,67	-	13,3	-	6,67	20	6,67	6,67	
Formação profissional	33,3	-	13,3	13,3	-	6,67	20	-	13,3	
Dificuldade de comunicação	6,67	20	20	6,67	-	13,3	26,67	-	6,67	
Supervisão de outros elementos	20	-	26,67	6,67	6,67	6,67	-	20	13,3	

Para o objectivo que diz respeito à **identificação da percepção dos enfermeiros sobre o dever de informação nos cuidados de enfermagem**, pudemos constatar que a maioria (40%) respeita o direito dos pais/família à escolha no cuidado de enfermagem.

Uma avaliação efectuada pela organização internacional “Active Citizenship Network” diz que a maioria dos hospitais portugueses ignora a Carta dos Direitos dos Doentes. Em 12 dos mais antigos membros da União Europeia, Portugal surge como o menos respeitador dos direitos dos doentes. A falta de conhecimento desses direitos

pode lesar o doente no seu direito à privacidade e confidencialidade e ainda, não ter possibilidade de autorizar intervenções – o consentimento informado. (Geraldes, 2005).

O agir do enfermeiro como advogado de forma a proteger a integridade física e moral da criança é sempre e muitas vezes indicado maioritariamente pelas enfermeiras.

Contudo Mestrinho et al, (2000: 198) questiona o facto do conceito de advocacia se referir à promoção da sua autonomia ou de levar o doente a torná-lo dependente.

40% das enfermeiras nem sempre informam ou esclarecem os pais/família sobre os aspectos técnicos, enquanto que 33,3% o faz muitas vezes. Mas por outro lado, a informação transmitida é feita com expressões claras e de fácil compreensão.

Para Meneses (1996; cf. Pina et al, s/d) quando a informação é objectiva e clara ocasiona uma decisão segura do cliente.

Segundo Filipe (1998; cf. Pina et al, s/d) a informação a ser fornecida a um cliente deve ter em atenção as suas necessidades específicas. Para este autor o não informar correctamente, limita a autonomia e impossibilita-o de tomar decisões conscientes e informadas.

Os registos de enfermagem legitimam muitas vezes, as informações transmitidas oralmente para a maioria (66,67%) das enfermeiras. Parece existir dúvidas quanto à importância jurídica da informação escrita que assegura a continuidade dos cuidados de enfermagem. De acordo com o art. 83º, al. d) do CDE o enfermeiro tem o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” pois, “a ausência de registo pode ser assumida como ausência de realização, com as implicações que decorrem desta possibilidade (CDE, 2005: 107).

No que concerne ao respeito pelo princípio da autonomia, a maioria entende que é fundamental na relação com o utente. Mestrinho et al (2000: 238) diz-nos que

“a crença, por parte dos enfermeiros, na autonomia do indivíduo, implica uma postura diferente face ao utente dos cuidados: este já não é encarado como dependente das decisões do enfermeiro; é-lhe reconhecido o direito de participar activamente nas decisões que lhe dizem respeito, o que deve ser incentivado pelo enfermeiro. O utente identifica as suas necessidades e decide a forma como estas serão satisfeitas”.

E nesta perspectiva, ao se reconhecer o seu direito de decidir, não compromete o utente a fazê-lo sempre, ou ainda, que implique tomar sozinho as decisões.

Um aspecto que merece ser mencionado reporta-se à forma como o consentimento informado é percebido pelas enfermeiras do presente estudo. Com efeito, para a maioria (40%) ele é muitas vezes, uma escolha voluntária que advém da informação fornecida, para 26,67% nem sempre e 6,67% entende que nunca. Apenas 26,67% responderam sempre. Ou seja, na realidade, as enfermeiras não possuem informações claras e precisas sobre o consentimento informado.

Reportamo-nos para o que nos diz o CDE (2005: 111): “o consentimento deve ser voluntário, livre de coacção e baseado em informação correcta”. O fundamento do consentimento informado, é o direito à autodeterminação, isto é, à capacidade e autonomia para decidir sobre si.

Torna-se evidente que a maioria das enfermeiras desta Unidade percepciona o dever de informação sobre os cuidados de enfermagem à luz do CDE. No entanto surgem aspectos que necessitam ser explorados e onde parece existirem dúvidas, principalmente em relação ao consentimento informado. É necessário estar cientes da centralidade¹⁶ do exercício profissional e das competências do enfermeiro de cuidados gerais. De acordo com a descrição da OE, estas competências, relativamente ao domínio da prática segundo a ética, têm alguns pontos que interessam referenciar, tais como o exercer de acordo com o Código Deontológico; respeitar o direito dos clientes ao acesso à informação: respeitar o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde; actua na defesa dos direitos humanos tal como descrito no CDE.

Relativo ao objectivo de **identificar as práticas do dever de informação dos cuidados de enfermagem** observamos que da análise dos dados metade da equipa de enfermagem tem conhecimento sobre a forma de informar os pais, referindo o guia de acolhimento e a Carta da Criança como principal fonte; a outra metade nega a existência

¹⁶ “Relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas” – cf. OE, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001.

de qualquer forma de informação. Parece evidente que a equipa necessita comunicar e efectuar intercâmbio de informação sobre o que existe no serviço de forma a garantir a excelência dos cuidados a prestar à criança. De acordo com o art. 88º, al. d) do CDE o enfermeiro deve:

“assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados”.

Um maior número de enfermeiras identificou como principal fonte de problemas éticos a influenciar a prática diária dos cuidados, os registos incorrectos de procedimentos e práticas de enfermagem. O art. 83º do CDE, al. d) menciona o dever do enfermeiro de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” e segundo Hesbeen (1998: 141) os registos de enfermagem provam que existe actividade reflexiva e conduzem à compreensão das necessidades dos clientes.

Quando questionadas sobre a necessidade de leituras sobre ética, praticamente metade das enfermeiras não sentem necessidade de as efectuar mas a maioria identifica a indispensabilidade de formação no âmbito do dever de informação.

5 - CONCLUSÕES

Os resultados obtidos após a análise de quinze questionários, permite tecer algumas considerações como resposta às questões propostas ao iniciarmos o estudo.

No que se refere à existência de relação do tempo de exercício profissional com as dificuldades que interferem na prestação de cuidados verificou-se a predominância do tempo de exercício profissional inferior a cinco anos de serviço e o facto de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as enfermeiras mais novas na profissão e as que exercem há mais tempo. A sobrecarga de trabalho foi apontada como o tipo de dificuldade que mais interfere na prestação de cuidados.

Surge nesta questão uma grande percentagem de enfermeiras que não manifestam opinião.

Quanto à relação do tempo de exercício profissional com os factores que interferem na informação de cuidados de enfermagem, encontramos algumas diferenças de opinião entre as enfermeiras com menos tempo de profissão e as que têm mais tempo. Assim, para as enfermeiras com mais anos de profissão, quase todos os factores (presença dos pais, ansiedade da criança/família, stress, dor no procedimento, insegurança, falta de conhecimentos teóricos, experiência profissional, formação profissional, dificuldade de comunicação) são apontados como interferirem no informação a prestar, exceptuando o cansaço e a supervisão de outros elementos. Para as enfermeiras com tempo de exercício profissional inferior a cinco anos, só a ansiedade, o stress, a dor no procedimento e a formação profissional é que parecem interferir no dever de informação.

Surgem aqui, diferenças significativas que recorrendo a Benner (2001: 35) podemos sugerir que as diferenças de opiniões manifestadas se relacionam com as competências técnicas adquiridas ao longo do tempo e segundo esta autora “uma quantidade incrível de tempo é consagrado a aprender as últimas tecnologias, assim como os seus procedimentos”, e o descurar da aquisição de conhecimentos teóricos.

As enfermeiras mencionaram que é fornecida informação sobre os cuidados, oralmente, através de panfletos e com actividades lúdicas.

No que se refere à percepção sobre o dever de informar, encontrou-se neste estudo que as enfermeiras têm uma ideia dos conceitos inerentes a esta questão e enquanto sujeitos de uma prática social, actuam dentro de uma linha de relações de trabalho. No entanto existem lacunas na área do consentimento e, conforme a própria equipa identifica, surge a importância de aprofundar temas e questões éticas através de formação em serviço.

A abordagem adoptada neste trabalho, pretendeu reflectir sobre valores que regem a profissão de enfermagem, com especial incidência para o artº 84 do CDE: *dever de informação*. Ao longo de uma caminhada laboriosa mas, ao mesmo tempo muito enriquecedora, reflectiu-se sobre a importância do dever de informação, numa forma de encontrar caminhos esclarecedores que vão de encontro aos valores que regem e elencam a profissão.

As actuais preocupações éticas ao desencadearem alterações sociais e tecnológicas, vieram impor uma tomada de consciência, por parte dos cidadãos, dos seus direitos, relacionada com o conhecimento sobre os deveres e responsabilidades do trabalho dos profissionais de saúde.

Assim, efectuou-se uma breve caminhada pelos meandros históricos da enfermagem, que tem vindo a atravessar mudanças significativas e vitais, na conquista da autonomia e identidade, com base em saberes científicos, devidamente fundamentados e na definição de um domínio específico onde se encontram bases para a responsabilidade na tomada de decisão e controle da prática.

Enquanto profissão que se autoregula, os profissionais de saúde, definem, tanto no Código Deontológico como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício e, onde estão expressos os direitos e deveres inerentes ao desempenho das suas funções, assentes no cumprimento de princípios éticos relacionados com o comportamento que a sociedade espera dos enfermeiros e tendo sempre, como ponto de partida, o cuidado que é devido a cada cidadão.

A profissão de enfermagem dirige-se às pessoas, pois são elas o objecto de atenção e cuidado, integrando desta forma um quadro ligado ao respeito pela dignidade humana e à concepção de liberdade e escolha. Destes factos, emerge o papel do enfermeiro como advogado do cliente que consiste em salvaguardar os seus direitos no que respeita a autonomia e livre escolha, reflectindo-se assim uma crescente responsabilidade na transmissão da informação ao cliente, e ao assumir este papel tem a responsabilidade de informar adequadamente para que o utente possa tomar decisões esclarecidas e com conhecimento. Qualquer intervenção só deve ser realizada se a pessoa o consentir, através do seu consentimento livre e esclarecido.

O que hoje é importante é a necessidade da existência de confiança por parte dos enfermeiros, que deve assentar na autonomia sobre o processo de cuidados de enfermagem, garantindo as condições de exigência e responsabilidade inerentes a uma prática de excelência, pois cada vez mais o utente recorre ao enfermeiro, para encontrar esclarecimento e aconselhamento acerca de tratamentos, procedimentos, diagnósticos e prognósticos, manifestando querer saber, ou não, da sua situação. (Margato, 2004).

Neste estudo pudemos observar que a equipa de enfermagem necessita investir mais nas práticas da informação sobre os cuidados de enfermagem e evidenciar as necessidades de formação sobre questões éticas. Ao pretender captar a percepção da equipa de enfermagem sobre as práticas do dever de informação nos cuidados de enfermagem, constatamos que emerge uma visão simplista associada a uma necessidade de formação nesta área.

Neste sentido, sugere-se o desenvolvimento de um grupo de trabalho com a finalidade de efectuar momentos formativos e auxiliar a equipa de enfermagem a enfrentar situações específicas no campo da ética.

Assim, advogamos a implementação de formação em contexto hospitalar que permita dar resposta a situações específicas e que vise diminuir o distanciamento dos saberes específicos. Ao falarmos de formação em contexto hospitalar, falamos de um espaço de formação onde interage a dúvida, essencial para a aprendizagem dos profissionais e entende-se um espaço para o desenvolvimento de competências que permitam ao profissional dar resposta a cada situação como única.

De acordo com Carvalho (1996; cf. Ferreira, 2004) a formação na maioria das organizações de saúde, só pontualmente tem sido orientada para a reflexão sobre as práticas no sentido da resolução de problemas, alertando ainda para o facto da reflexão poder levar a novas formações.

A formação segundo Collière (1989; Mestrinho et al, 2000: 71) desempenha um papel importante relativamente à evolução dos cuidados de enfermagem, pois “é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes”.

Procurou-se, neste estudo, mediante a análise e discussão dos dados, alcançar os objectivos propostos. Não se pretende um trabalho acabado, mas antes, efectuar reflexões básicas que poderão desencadear outras reflexões.

Este estudo teve a intenção de descrever concepções e práticas com base nas orientações tecidas no CDE, partindo-se do princípio de que o dever de informação nos cuidados de enfermagem se concretiza como parte dos cuidados em geral.

6 - BIBLIOGRAFIA

ANTUNES, Maria João

2000, **Código Penal**, 8^a edição, Coimbra, Coimbra Editora.

ARAÚJO, Susana; PEREIRA, Fátima; SOUSA, Carla

2006, **O Que é Importante Para os Adolescentes no Acolhimento Num Internamento de Pediatria?** (Trabalho elaborado no 6º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende).

BARDIN, Laurence

1977, **Análise de Conteúdo**, S. Paulo, Edições 70.

BELL, J.

1997, **Como Realizar um Projecto de Investigação - Um guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação**, Lisboa, Gradiva.

BENNER, Patrícia

2001, **De Iniciado a Perito**, Coimbra, Quarteto Editora.

CABRAL, Roque

1996, *Os Princípios de Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça* in: Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Coord.s), **Bioética**, Lisboa, Editorial Verbo, p. 117-122.

CARAPINHEIRO, Graça

2006, *As Necessidades dos Pais, do Bebé, da Criança, do Adolescente e dos Profissionais* in: Instituto de Apoio à Criança, **Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital**, Lisboa, Instituto de Apoio à Criança, p. 47-48, 1^a ed.

CARVALHO, J. Eduardo

2002, **Metodologia do Trabalho Científico**, Lisboa, Escolar Editora.

CONSELHO JURIDISCIONAL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

2005, *Analizando as possibilidades de recusa do enfermeiro na prestação de cuidados*, **Revista Ordem dos Enfermeiros**, nº 17, Julho 2005, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, p. 21-24.

Parecer CJ/07-2000 sobre Recusa de tratamento/Consentimento informado.

Parecer CJ/31-2002 sobre Consentimento livre e esclarecido.

CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA PORTUGUESA

1997, 4^a edição, edição organizada por Gomes Canotilho e Vital Moreira, Coimbra editora.

COSTA, José dos Santos

2004, *Métodos De Prestação De Cuidados, Millenium – Revista do ISPV*, n.º 30 Outubro de 2004.

Disponível em: <http://www.ipv.pt/> (Consulta a 2 de Agosto 2005).

DAMAS, Maria Joaquina; KETELE Jean-Marie de

1985, *Observar para Avaliar*; Coimbra, Livraria Almedina

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM

Disponível em: <http://afilosofia.no.sapo.pt/cidadania1.htm> (Consulta a 2 de Agosto 2005).

FERREIRA, Manuela Maria da Conceição

2004, *Formar Melhor Para um Melhor Cuidar, Millenium – Revista do ISPV*, n.º 30 Outubro de 2004. Disponível em:

<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/10.pdf> (Consulta a 15 Setembro 2006).

FIGUEIRA, Fátima

2004, *Valores Universais na Prática de Enfermagem: Competência e aperfeiçoamento*, Revista Ordem dos Enfermeiros, nº 15, Dezembro 2004, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, p. 20-23.

FIGUEIREDO, Amélia Simões

2004, *À Conquista de Uma Identidade. Enfermeiros Recém-Formados, Entre o Hospital e o Centro de Saúde*, Lisboa, Climepsi Editores.

FORTIN, Marie-Fabienne

1996, *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*, Loures, Lusociência.

GERALDES, José

2005, *Direitos dos doentes e humanização dos hospitais*, Urbi et orbi – Jornal on-line, edição nº 278/31 Mai. a 6 Jun. 2005

Disponível em: <http://www.urbi.ubi.pt/050531/edição> (Consulta a 30 de Junho 2006).

- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin
2001, **O Inquérito: Teoria e Prática**, Oeiras, Celta Editora, 4^a ed.
- GIL, António Carlos
1991, **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, S. Paulo, Editora Atlas S.A., 3^a ed.
- GOLDIM, José Roberto
1997, **Ética Aplicada à Pesquisa em Saúde, Bioética**.
Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/biopesrt.htm> (Consulta a 30 de Junho 2006).
- GOMES, Eduarda Mello
2004, *O respeito pelos direitos humanos na perspectiva jurídica, Revista Ordem dos Enfermeiros*, nº 15, Dezembro 2004, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, p. 9-10.
- HESBEEN, Walter
1998, **Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**, Loures, Lusociência.
- HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew
2002, **Investigação por Questionário**, Lisboa, Edições Sílabo, 2^a ed.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES
2000, **Código Deontológico del CIE Para la Profesión de Enfermería**, Ginebra, ICN.
Disponível em: <http://icn.ch/icncodesp.pdf> (Consulta a 29 de Julho 2006).
- LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade
1999, **Técnica de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados**, 4 ed., São Paulo. Atlas.
- LIMA, Marinús Pires de
1973, **O Inquérito Sociológico - Problemas de Metodologia**, Lisboa: Gabinete de Investigações Sociais.
- MARGATO, Carlos
2004, *A enfermagem - da obediência à confiança / responsabilidade, Revista Sinais Vitais*, nº 56, Setembro.

MARTINHO DA SILVA, Paula

2002, *Responsabilidade Legal dos Profissionais de Saúde*, in: Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco (Coord.s), *Para uma Ética da Enfermagem*, Coimbra, Gráfica de Coimbra, p. 467-474.

1997, **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina**, Lisboa, Edições Cosmos.

MESTRINHO, Maria de Guadalupe et al

2000, **Formação em Enfermagem: Docentes Investigam**, Associação Portuguesa de Enfermeiros.

MINAYO, Maria Cecilia; SANCHES, Odécio

1993, **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cadernos de Saúde Pública, v.9.n.3, Rio de Janeiro, Jul. /Set.1993.

Disponível em: <http://www.scielo.br> (Consulta a 19 de Julho 2005)

NEVES, Carlos

2001, **Bioética - Temas Elementares**, Lisboa, Fim de Século-Edições.

NUNES, Lucília

2005, **Ética na Prática de Enfermagem**, Comunicação apresentada no **XXVI Congresso Português de Cardiologia**, 11 de Abril 2005, Porto.

Disponível em: <http://lnunes.no.sapo.pt> (Consulta a 19 de Julho 2005)

2003, **Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**, Loures, Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

2000, **Informação e Confidencialidade**, Seminário **Informação e Confidencialidade**, 7 de Dezembro de 2000

1995, **O que Queremos Dizer Quando Falamos de Ética?**, *Nursing*, n.º 88, edição portuguesa, Junho 1995.

Disponível em: <http://lnunes.no.sapo.pt> (Consulta a 19 de Julho 2005)

S/d, **Enfermagem, Cuidados Paliativos e Eutanásia**.

Disponível em: <http://lnunes.no.sapo.pt> (Consulta a 19 de Julho 2005).

ORDEM DOS ENFERMEIROS

2003, **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

PAIVA, Abel

2004, *O Papel do Enfermeiro*, in: Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco (Coord.s), **Para uma Ética da Enfermagem - Desafios**, Coimbra, Gráfica de Coimbra, p.51-61.

PINA, Clara; LOPES, Lurdes; CONSTANÇA, Rita; NUNES, Rodrigo

s/d, **A Verdade Ao Cliente - Um Dilema Ético de Enfermagem** (Trabalho elaborado no I Curso de Complemento de Formação em Enfermagem da ESEnf Bissaya Barreto).

Disponível em: <http://quimioterapia.com.sapo.pt> (Consulta a 19 de Julho 2005).

POLIT, Denise F., BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernardette P.

2004, **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, Avaliação e Utilização**, Porto Alegre, Editora Artmed, 5^a ed.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque

2001, **Ética e Enfermagem**, Coimbra, Quarteto Editora.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van

1992, "Manual de Investigação em Ciências Sociais", Gradiva Publicações, Lda., Lisboa.

RAMOS, Vítor

1996, *O Acompanhamento Familiar*, in: Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Coord.s), **Bioética**, Lisboa, Editorial Verbo, p. 117-122.

RENAUD, Michel

2004, *O respeito pelos direitos humanos na perspectiva ética*, **Revista Ordem dos Enfermeiros**, nº 15, Dezembro 2004, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, p. 7-8.

RODRIGUES, João Vaz

2001, **O Consentimento Informado Para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português**, Coimbra, Coimbra Editora.

SANTOS, João

2004, *Um Olhar Sobre as Práticas...*, **Revista Ordem dos Enfermeiros**, nº 14, Outubro 2004, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, p. 39-43.

SANTOS, Teresa; DUARTE, Maria Emilia; SUBTIL, Carlos

2004, *A Declaração de Bolonha e a Formação na Área de Enfermagem*, **Relatório**, 25 de Novembro de 2004. Disponível em:
http://www.snesup.pt/dossiers_diversos/dossier_bolonha/bolonha_enfermagem (Consulta a 03 Agosto 2005).

SILVA, Daniel; BATOCA, Ernestina Maria Veríssimo

2002, *O conhecimento científico e a enfermagem*, Revista do ISPV - n.º 26 - Julho de 2002. Disponível em:
<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/default.htm>
(consulta a 18/02/2005).

SILVA, Carlos Alberto

2004, **O Labirinto da Enfermagem: Participação e Profissionalismo**, Edições Colibri, Lisboa.

SILVA, Daniel Marques

2002, **Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem**. Disponível em:
<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/default.htm>
(consulta a 18/02/2005).

SERRÃO, Daniel

1996, *Consentimento Informado* in: Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald (Coord.s), **Bioética**, Lisboa, Editorial Verbo, p. 78- 80.

SOTTO, Debora

2003, *O dever de informar do médico e o consentimento informado do paciente. Medidas preventivas à responsabilização pela falta ou deficiência de informação*, **Jus Navigandi**, Teresina, a. 8, n.º 178, 31/12/03.
Disponível em: <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=463> Bibliografia a 03 Agosto 2005).

STACCIARINI, J.; ANDRAUS, L.; ESPERIDIÃO, E.; NAKATANI, A.K.

1999, *Quem é o enfermeiro?*, Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.1, n.1, Out-Dez. 1999.
Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista> (Consulta a 20 Julho 2006)

TEIXEIRA, Mário Rui

s/d, **O Enfermeiro e a Informação no Hospital**, Hospital de S. Bernardo, Setúbal.

VEIGA, João

2005, *Condições de acesso dos estudantes de enfermagem à informação sobre os doentes a quem prestam cuidados*, Revista Ordem dos Enfermeiros, nº 19, Dezembro 2005, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, p. 51-59.

Legislação:

- Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.
Disponível em:
<http://ordemenfermeiros.pt/?pg=textoarea&id=4&ev=Legislação&cont=informação> (Consulta em 11 de Abril 2005).
- Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde

7- ANEXOS

ANEXO I – Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes

Direitos

- 1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.**
- 2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.**
- 3. O doente tem direito a receber cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais.**
- 4. O doente tem direito à prestação de cuidados continuados.**
- 5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços existentes, suas competências e níveis de cuidados.**
- 6. O doente tem direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde.**
- 7. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.**
- 8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico.**
- 9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.**
- 10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.**
- 11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico**
- 12. O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações**

Deveres

- 1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.**
- 2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.**
- 3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.**
- 4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.**
- 5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.**
- 6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.**

ANEXO II – Carta da criança

Carta da Criança Hospitalizada



Humanização dos serviços
de atendimento à criança

CARTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA



Instituto de Apoio à Criança

O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças.

Humanização dos serviços
de atendimento à criança.

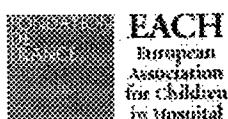
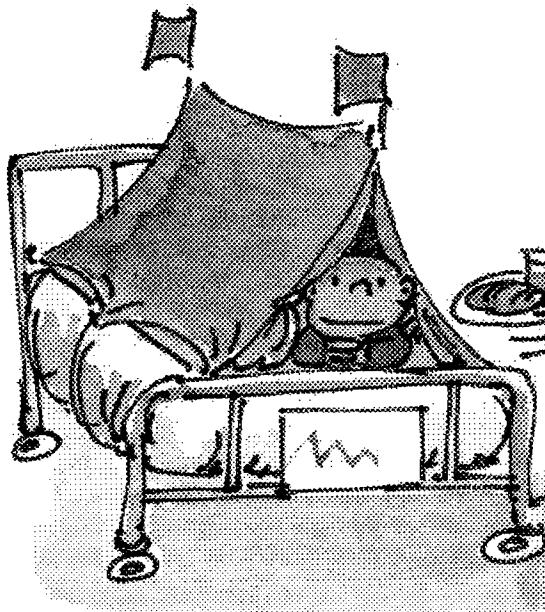


Ilustração de Pif

Esta carta foi preparada por
várias associações europeias
em 1988, em Leiden



IAC - Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança - Portugal
APACHE - França

Associazione per il Bambino in Ospedale (ABIO) - Itália

Kind en Ziekenhuis - Bélgica

Kind en Ziekenhuis - Holanda

Aktionkomitee Kind im Krankenhaus (AKIK) - Alemanha

Kind und Krankenhaus - Suíça

National Association for the Welfare of Children in Hospital
(NAWCH) - Grã-Bretanha

NOBAB - Suécia

NOBAB - Noruega

NOBAB - Dinamarca

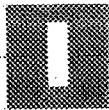
NOBAB - Finlândia

UMHYGGJA - Islândia

Esta Carta está sujeita à votação do Parlamento de
Estrasburgo, bem como à do Conselho de Europa
e à Organização Mundial de Saúde.

Esta Carta resume e realfia os direitos
das crianças hospitalizadas.

Para fazer com que a sua aplicação se faça
possível em Portugal, divulgue-a.



A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.



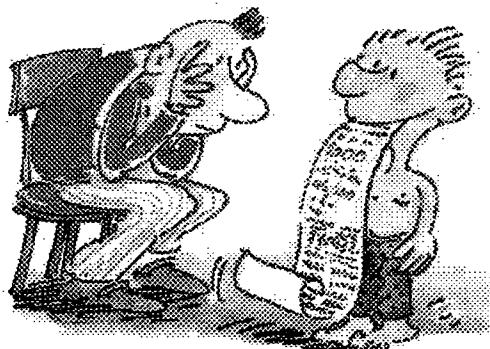
Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

3

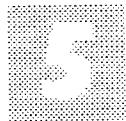
Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário.
Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.



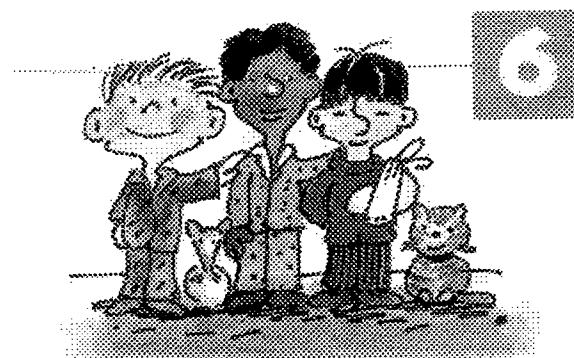
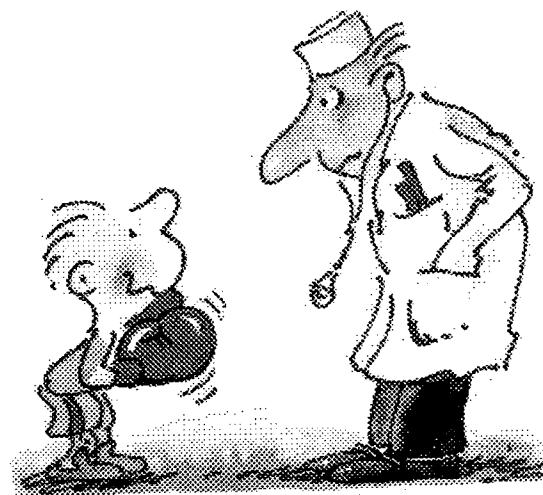
4



As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito.



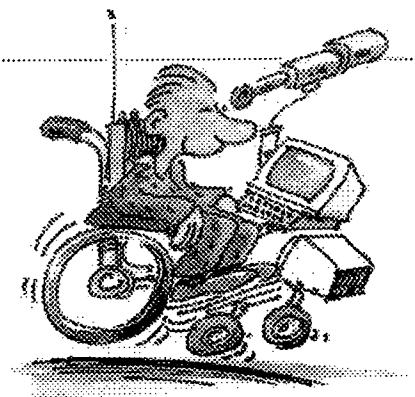
Deve evitarse qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável.
As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.



As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança.

As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.

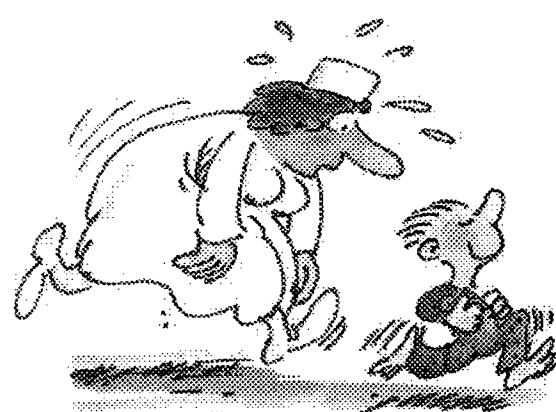
7



O Hospital deve oferecer às crianças
um ambiente que corresponda às suas
necessidades físicas, afectivas e educativas,
quer no aspecto do equipamento, quer no
do pessoal e da segurança.

8

A equipa de saúde deve ter a formação
adequada para responder às necessidades
psicológicas e emocionais das crianças e da família.



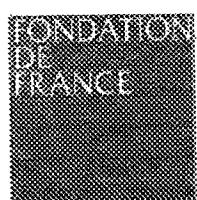


IAC

Instituto de Apoio à Criança

Ave. da Liberdade, 14
1300-045 Lisboa
Tel. 21.861.07.50/51
e-mail: iac@iac.pt www.iac.pt

**Humanização dos serviços
de atendimento à criança.**



EACH
European
Association
for Children
in Hospital

ENFAC
1998



1.º Encontro de Crianças com Enfermidades Crónicas - 1998 - 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004
Av. Almirante Reis, 10 - 1600 Lisboa - Portugal
e-mail: medifar@medifar.pt www.medifar.pt

8- APÊNDICES

APÊNDICE I - Carta de Autorização do pré-teste

TERMO DE CONSENTIMENTO –HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

À Exma Sra Enfermeira
Chefe do Atendimento Permanente

Fernanda da Conceição Tomé Reino, mestrandra do *II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde* da Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, vem por este meio solicitar a V. Exa. se digne autorizar a realização nesta Unidade, do pré-teste do questionário que irá aplicar na colheita de dados da investigação da sua Dissertação.

Mais informa que o trabalho se subordina ao Tema “**o dever de informação nos cuidados de enfermagem**” e tem os seguintes objectivos:

- Identificar dificuldades e factores que interferem nas práticas dos cuidados de enfermagem relacionados com os anos de serviço.
- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre o dever de informação nos cuidados de enfermagem;
- Observar as práticas do dever de informação dos cuidados de enfermagem.

Pede deferimento e antecipadamente agradece toda a disponibilidade e colaboração.

Fernanda Reino
Mestranda da UE-ESTESL

Lisboa, 24 de Abril de 2006

APÊNDICE II – Roteiro do diário de campo



ROTEIRO PARA REALIZAR ANOTAÇÕES NO DIÁRIO DE CAMPO NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Data:

Tipo de Observação: _____

Assunto observado: _____

Registo da observação: _____

APÊNDICE III – Questionário

QUESTIONÁRIO

O presente questionário faz parte de um estudo de investigação realizado no âmbito do II Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde e tem por objectivo conhecer concepções e práticas relativas ao dever de informação nos cuidados de enfermagem.

O questionário abrange perguntas sobre os cuidados de enfermagem e o dever de informação. Conhecer e compreender as formas de expressão do dever de informação nos cuidados de enfermagem são primeiros passos para a melhor compreensão deste fenómeno.

A sua resposta é-nos indispensável, e não será tida como pessoa isolada, mas em conjunto com todas as pessoas inquiridas.

As respostas serão confidenciais e anónimas.

Quando finalizar o trabalho, comprometo-me a entregar um exemplar à Direcção de Enfermagem do Hospital, para que possa ter conhecimento dos resultados do mesmo.

Desde já agradeço a sua colaboração e atenção dispensada.

OBRIGADO

Fernanda Reino

DEVER DE INFORMAR NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

I. Caracterização

Coloque um círculo na letra correspondente à sua escolha.

Sexo

- a. F b. M

Idade

- a. 20 - 25 b. 26 - 30 c. 31 - 35 d. 36 - 40 e. 41 - 50
f. Superior a 50 anos

Categoria profissional

- a. Enfermeiro b. Enfermeiro graduado c. Enfermeiro especialista
d. Enfermeiro chefe e. Outra

Tempo de exercício profissional: _____ anos

II. Cuidados de Enfermagem

1. Que tipo de dificuldades enfrenta na realização diária dos cuidados de enfermagem?

Considere a seguinte escala de resposta: 1=Discordo completamente, 2=Discordo, 3=Não concordo nem discordo, 4=Concordo, 5=Concordo completamente

Coloque uma cruz na opção que considerar para resposta.

	1	2	3	4	5
a) Sobrecarga de trabalho					
b) Falta de formação profissional					
c) Desmotivação					
d) Falta de recursos humanos					
e) Falta de condições de trabalho					
f) Relacionamento com a equipa médica					
g) Execução de cuidados de âmbito técnico (por ex. Entubar)					
h) Questões do foro ético					
i) Outra (especifique)					

2. Que factores interferem na sua forma de agir face à informação sobre os cuidados de enfermagem?

	1	2	3	4	5
j) Presença dos pais					
k) Ansiedade da criança/família					
l) Stress					

m) Dor que pode causar o procedimento				
n) Insegurança				
o) Falta de conhecimentos teóricos				
p) Cansaço (duplo emprego)				
q) Experiência profissional				
r) Formação profissional				
s) dificuldade de comunicação				
t) Supervisão de outros elementos da equipa				
u) Outros (especifique)				

3. A criança/pais/família recebem informação sobre os cuidados de enfermagem que lhe vão ser prestados?

- a. Sim b. Não

3.1 - Caso a resposta seja sim, de que forma (s) é transmitida:

- a. oralmente b. através de panfleto c. actividade lúdica
c. Outra

Especifique _____

III. Dever de informar

1. Conhece o Código Deontológico do Enfermeiro?

- a. Sim b. Não

2. Existe no serviço alguma forma de informação para os pais/família, sobre questões éticas?

- a. Sim b. Não c. Desconhece

2.1 - Caso a resposta seja sim, identifique o meio (s) utilizado:

- a. guia de acolhimento b. panfletos c. acções de formação
c. Outra

Especifique _____

3. Dê a sua opinião sobre a sua forma de actuar relativamente ao dever de informação nos cuidados de enfermagem.

Assinale uma cruz na opção que considerar como resposta.

	Sempre	Muitas vezes	Nem sempre	Nunca
Quando a criança é incapaz de participar na decisão dos cuidados de enfermagem, respeito o direito dos pais/família à escolha no cuidado de enfermagem e de saúde.				
O enfermeiro age no papel de advogado para proteger a integridade física e moral da criança.				
Na informação a transmitir utiliza expressões claras e de fácil compreensão.				
Os enfermeiros, pelo facto de permanecerem mais tempo com a criança, desempenham a função de informar ou esclarecer os pais/família sobre todos os aspectos técnicos inerentes ao seu estado de saúde.				
A criança/família tem o dever de ser informado e de consentir que lhe sejam prestados os cuidados de enfermagem.				
Deverá ser facultada toda a informação relativa à natureza dos cuidados que vão ser prestados à criança/família.				
As informações obtidas e transmitidas oralmente à criança/família pela equipa de enfermagem legitimam-se através dos registos em enfermagem.				
O respeito pelo princípio da autonomia é fundamental na relação utente/profissional de saúde.				
O consentimento informado é uma escolha voluntária dos pais/família, que advém da informação que é facultada sobre os cuidados de enfermagem.				
Para qualquer género de acto inerente a cuidados de saúde, deve ser sempre obtido o consentimento dos pais/família.				
A experiência profissional é sinónima de melhor capacidade para respeitar e assumir o dever de informar os pais/família sobre os cuidados de enfermagem.				

IV. Prática Ética

1. Dos problemas éticos abaixo descritos, identifique aquele (s) que mais influencia a sua prática diária.

- a. Postura inadequada dos profissionais de enfermagem
- b. Stress médico com a equipa de enfermagem
- c. Registos incorrectos de procedimentos e práticas de enfermagem
- d. Outro Qual? _____
- e. Nenhum

2. Habitualmente sente necessidade de dedicar tempo à leitura de artigos sobre ética?

- a. Sim
- b. Não

3. Existe formação da equipa de enfermagem sobre questões éticas?

- a. Sim
- b. Não

3.1 - Caso a resposta seja sim, especifique _____

4. O que acha que poderia ser feito no seu serviço, no âmbito da informação sobre as práticas dos cuidados de enfermagem?

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE IV – Base de dados (SPSS)

APÊNDICE V – Tabelas da análise de conteúdo

Categoría	Sub-categorías	Identificação de Outros, Quais	Exemplos	U.E.
Questões Éticas da Prática	Problemas éticos da prática (Outros, Quais) (IV.1)	Relação com os pares	Mau relacionamento com colegas (...) - Q1	1
		Relação com a chefia	Mau relacionamento com (...) chefe do serviço. - Q1	1
		Dilemas éticos das práticas	Dilemas éticos onde é necessário ponderar sobre vários princípios e valores (...) - Q12	1
	Formação da equipa de enfermagem (Outros, Quais) (IV.3.1)	Formação interna e externa	Plano de formação interno. - Q8 No plano de formação interna existem acções de formação desta área. - Q9 Existem ainda Congressos externos que abordam esta área. - Q9 No plano de formação do hospital (...) - Q12 No plano de formação do hospital. - Q13	5

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Contexto	Exemplos	U.E.	Fi (%)
Questões Éticas da Prática	A1- Informação sobre as práticas (IV.4)	A11- Programas de formação em serviço	<p>Formação em serviço (...) - Q1</p> <p>Acções de formação. - Q2</p> <p>Formação sobre questões éticas. - Q4</p> <p>(...) formações para partilha de experiências dos profissionais - Q6</p> <p>Mais acções de formação sobre estes temas. - Q7</p> <p>Maior número de acções de formação multidisciplinares. - Q8</p> <p>(...) mais formações neste âmbito, a toda a equipa multidisciplinar (...) - Q9</p>	7	46,6
		A12- Partilha da informação na passagem de turno	<p>Troca de impressões por exemplo na passagem de ocorrências. - Q1</p> <p>(...) no serviço existe uma filosofia de partilha (...) que possibilitam a reflexão sobre os cuidados (...) nas passagens de turno (...) - Q12</p> <p>A informação sobre as práticas de cuidados é feita nas passagens de turno e nos registos de enfermagem (...) - Q12</p>		
		A13- Divulgação deste estudo	Apresentação dos resultados deste estudo, como instrumento de ensino para as duas grandes temáticas: "Educação para a saúde" e "Questões éticas". - Q3	1	6,67
		A14- Informação aos pais	<p>Os pais são informados dos cuidados prestados já que participam neles activamente nos mesmos. -Q13</p> <p>(...) permite dar continuidade e não quebrar as informações oferecidas aos pais / substitutos/ criança. - Q12</p>	2	13,3
		Total		13	

APÊNDICE VI – Tabelas para o estudo do cruzamento do tempo de exercício profissional com as dificuldades e factores que interferem nos cuidados de enfermagem

tempo*dificuldades

Tempo na Profissão * Sobre carga Trabalho

	Sobre carga Trabalho				Total
	Discordo Completa mente	Discorda	Sem Opinião	Concorda	
Tempo na Profissão 2	0	0	1	1	2
3	0	1	0	2	3
4	0	1	0	0	1
5	0	1	0	0	1
6	0	0	0	1	1
9	0	0	0	1	1
10	1	0	0	0	1
11	0	0	1	0	1
13	0	1	0	2	3
15	0	0	0	1	1
Total	1	4	2	8	15

Tempo na Profissão * Falta Formação

	Falta Formação				Total
	Discordo Completa mente	Discorda	Sem Opinião	Concorda	
Tempo na Profissão 2	0	1	1	0	0 2
3	0	1	1	1	0 3
4	0	1	0	0	0 1
5	0	1	0	0	0 1
6	0	0	1	0	0 1
9	0	1	0	0	0 1
10	0	1	0	0	0 1
11	1	0	0	0	0 1
13	0	3	0	0	0 3
15	0	0	0	0	1 1
Total	1	9	3	1	1 15

Tempo na Profissão * Desmotivação

	Desmotivação					Total
	Discordo Completa- mente	Discorda	Sem Opinião	Concorda	Concorda Completa- mente	
Tempo na Profissão 2	0	0	0	2	0	2
3	2	1	0	0	0	3
4	1	0	0	0	0	1
5	1	0	0	0	0	1
6	0	0	0	1	0	1
9	1	0	0	0	0	1
10	0	0	1	0	0	1
11	1	0	0	0	0	1
13	0	3	0	0	0	3
15	0	0	0	0	1	1
Total	6	4	1	3	1	15

Tempo na Profissão * Falta de R. H.

	Falta de R. H.				Total
	Discorda	Sem Opinião	Concorda	Concorda Completa- mente	
Tempo na Profissão 2	1	0	1	0	2
3	1	2	0	0	3
4	0	1	0	0	1
5	0	1	0	0	1
6	0	0	1	0	1
9	0	0	1	0	1
10	0	1	0	0	1
11	0	1	0	0	1
13	1	2	0	0	3
15	0	0	0	1	1
Total	3	8	3	1	15

Tempo na Profissão * Falta de Condições

	Falta de Condições			Total
	Discordo Completa- mente	Discorda	Concorda	
Tempo na Profissão 2	0	2	0	2
3	1	2	0	3
4	1	0	0	1
5	1	0	0	1
6	0	1	0	1
9	1	0	0	1
10	0	1	0	1
11	1	0	0	1
13	2	1	0	3
15	0	0	1	1
Total	7	7	1	15

Tempo na Profissão * Relação Equipa Médica

	Relação Equipa Médica			Total
	Discorda	Sem Opinião	Concorda	
Tempo na Profissão 2	0	2	0	2
3	0	3	0	3
4	0	1	0	1
5	1	0	0	1
6	0	0	1	1
9	1	0	0	1
10	0	0	1	1
11	0	1	0	1
13	0	0	3	3
15	0	0	1	1
Total	2	7	6	15

Tempo na Profissão * Execução Técnica

	Execução Técnica			Total
	Discordo Completa- mente	Discorda	Sem Opinião	
Tempo na Profissão 2	0	1	1	2
3	1	2	0	3
4	1	0	0	1
5	1	0	0	1
6	0	1	0	1
9	1	0	0	1
10	0	0	1	1
11	1	0	0	1
13	3	0	0	3
15	0	1	0	1
Total	8	5	2	15

Tempo na Profissão * Questões Éticas

	Questões Éticas				Total
	Discordo Completa- mente	Discorda	Sem Opinião	Concorda	
Tempo na Profissão 2	0	1	1	0	2
3	1	1	1	0	3
4	1	0	0	0	1
5	1	0	0	0	1
6	0	0	0	1	1
9	0	1	0	0	1
10	0	0	1	0	1
11	0	0	1	0	1
13	0	2	0	1	3
15	0	0	0	1	1
Total	3	5	4	3	15

tempo*factores

Tempo na Profissão * Presença Pais

	Presença Pais					Total
	Discordo Completa mente	Discorda	Sem Opinião	Concorda	Concorda Completa mente	
Tempo na Profissão 2	0	1	1	0	0	2
3	1	1	0	0	1	3
4	0	1	0	0	0	1
5	0	1	0	0	0	1
6	0	0	0	1	0	1
9	1	0	0	0	0	1
10	0	0	1	0	0	1
11	0	0	1	0	0	1
13	0	1	0	2	0	3
15	0	0	1	0	0	1
Total	2	5	4	3	1	15

Tempo na Profissão * Ansiedade Criança/Família

	Ansiedade Criança/Família				Total
	Discordo Completa mente	Discorda	Concorda	Concorda Completa mente	
Tempo na Profissão 2	0	1	1	0	2
3	0	0	2	1	3
4	0	0	1	0	1
5	0	0	1	0	1
6	0	0	1	0	1
9	1	0	0	0	1
10	0	0	1	0	1
11	0	0	1	0	1
13	0	0	1	2	3
15	0	0	0	1	1
Total	1	1	9	4	15

Tempo na Profissão * Stress

	Stress				Total
	Discordo Completa- mente	Sem Opinião	Concorda	Concorda Completa- mente	
Tempo na Profissão 2	0	0	2	0	2
3	0	0	3	0	3
4	0	0	1	0	1
5	0	0	1	0	1
6	0	0	0	1	1
9	1	0	0	0	1
10	0	0	1	0	1
11	1	0	0	0	1
13	1	1	1	0	3
15	0	0	1	0	1
Total	3	1	10	1	15

Tempo na Profissão * Dor no Procedimento

	Dor no Procedimento					Total
	Discordo Completa- mente	Discorda	Sem Opinião	Concorda	Concorda Completa- mente	
Tempo na Profissão 2	0	0	1	1	0	2
3	0	0	0	3	0	3
4	0	0	0	1	0	1
5	0	0	0	1	0	1
6	0	0	0	1	0	1
9	1	0	0	0	0	1
10	0	0	1	0	0	1
11	0	0	0	1	0	1
13	0	1	0	0	2	3
15	0	0	0	1	0	1
Total	1	1	2	9	2	15

Tempo na Profissão * Insegurança

	Insegurança				Total
	Discordo Completa- mente	Discorda	Sem Opinião	Concorda	
Tempo na Profissão 2	0	0	1	1	2
3	0	1	2	0	3
4	0	0	1	0	1
5	0	0	1	0	1
6	0	0	0	1	1
9	1	0	0	0	1
10	0	0	0	1	1
11	1	0	0	0	1
13	0	0	0	3	3
15	0	0	0	1	1
Total	2	1	5	7	15

Tempo na Profissão * Falta de Conhecimentos Teóricos

	Falta de Conhecimentos Teóricos					Total
	Discordo Completa- mente	Discorda	Sem Opinião	Concorda	Concorda Completa- mente	
Tempo na Profissão 2	0	0	1	1	0	2
3	0	2	0	0	1	3
4	0	1	0	0	0	1
5	0	0	1	0	0	1
6	0	0	0	1	0	1
9	1	0	0	0	0	1
10	0	0	1	0	0	1
11	1	0	0	0	0	1
13	0	1	0	2	0	3
15	0	0	0	0	1	1
Total	2	4	3	4	2	15

Tempo na Profissão * Cansaço

	Cansaço					Total
	Discordo Completa- mente	Discorda	Sem Opinião	Concorda	Concorda Completa- mente	
Tempo na Profissão	2	0	1	0	1	0
	3	1	0	1	1	0
	4	1	0	0	0	0
	5	1	0	0	0	0
	6	0	0	0	1	0
	9	1	0	0	0	0
	10	0	0	0	1	0
	11	1	0	0	0	0
	13	2	1	0	0	0
	15	0	0	0	0	1
Total		7	2	1	4	1
						15

Tempo na Profissão * Experiência Profissional

	Experiencia Profissional				Total
	Discordo Completa- mente	Sem Opinião	Concorda	Concorda Completa- mente	
Tempo na Profissão	2	0	1	1	0
	3	0	1	1	1
	4	0	1	0	0
	5	0	1	0	0
	6	0	0	1	0
	9	1	0	0	0
	10	0	0	1	0
	11	1	0	0	0
	13	0	1	2	0
	15	0	0	0	1
Total		2	5	6	2
					15

Tempo na Profissão * Formação Profissional

	Formação Profissional				Total
	Discordo Completa mente	Discorda	Concorda	Concorda Completa mente	
Tempo na Profissão 2	0	0	2	0	2
3	0	0	2	1	3
4	0	1	0	0	1
5	0	1	0	0	1
6	0	0	1	0	1
9	1	0	0	0	1
10	0	0	1	0	1
11	1	0	0	0	1
13	0	1	2	0	3
15	0	0	1	0	1
Total	2	3	9	1	15

Tempo na Profissão * Dificuldade de Comunicação

	Dificuldade de Comunicação					Total
	Discordo Completa mente	Discorda	Sem Opinião	Concorda	Concorda Completa mente	
Tempo na Profissão 2	0	1	0	1	0	2
3	0	2	1	0	0	3
4	0	0	1	0	0	1
5	0	0	1	0	0	1
6	0	0	0	1	0	1
9	1	0	0	0	0	1
10	0	1	0	0	0	1
11	1	0	0	0	0	1
13	0	0	0	1	2	3
15	0	0	0	1	0	1
Total	2	4	3	4	2	15

Tempo na Profissão * Supervisão

	Supervisão				Total
	Discordo Completa- mente	Discorda	Sem Opinião	Concorda	
Tempo na Profissão 2	0	1	0	1	2
3	0	1	0	2	3
4	0	1	0	0	1
5	0	1	0	0	1
6	0	0	0	1	1
9	1	0	0	0	1
10	0	0	1	0	1
11	0	1	0	0	1
13	0	1	2	0	3
15	0	0	1	0	1
Total	1	6	4	4	15

tempo*opinião forma de actuar

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tempo na Profissão * Respeito Direito Escolha	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%
Tempo na Profissão * Agir como Defensor	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%
Tempo na Profissão * Expressões Claras	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%
Tempo na Profissão * Informar Aspectos Técnicos	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%
Tempo na Profissão * Informar/Consentir	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%
Tempo na Profissão * Facultar Informação	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%
Tempo na Profissão * Registos de Enfermagem	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%
Tempo na Profissão * Princípio da Autonomia	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%
Tempo na Profissão * Consentimento Informado	15	100,0%	0	,0%	15	100,0%
Tempo na Profissão * Consentimento Obtido	13	86,7%	2	13,3%	15	100,0%
Tempo na Profissão * Experiência Profissional	13	86,7%	2	13,3%	15	100,0%

Tempo na Profissão * Respeito Direito Escolha

	Respeito Direito Escolha			Total
	Sempre	Muitas Vezes	Nem Sempre	
Tempo na Profissão 2	0	1	1	2
3	2	1	0	3
4	1	0	0	1
5	1	0	0	1
6	1	0	0	1
9	1	0	0	1
10	0	0	1	1
11	0	1	0	1
13	0	0	3	3
15	0	1	0	1
Total	6	4	5	15

Tempo na Profissão * Agir como Defensor

	Agir como Defensor			Total
	Sempre	Muitas Vezes	Nem Sempre	
Tempo na Profissão 2	1	1	0	2
3	2	1	0	3
4	0	1	0	1
5	0	1	0	1
6	0	1	0	1
9	1	0	0	1
10	0	0	1	1
11	1	0	0	1
13	0	1	2	3
15	1	0	0	1
Total	6	6	3	15

Tempo na Profissão * Expressões Claras

	Expressões Claras			Total
	Sempre	Muitas Vezes	Nem Sempre	
Tempo na Profissão 2	1	1	0	2
3	1	2	0	3
4	0	1	0	1
5	1	0	0	1
6	1	0	0	1
9	1	0	0	1
10	1	0	0	1
11	1	0	0	1
13	1	0	2	3
15	0	1	0	1
Total	8	5	2	15

Tempo na Profissão * Informar Aspectos Técnicos

	Informar Aspectos Técnicos			Total
	Sempre	Muitas Vezes	Nem Sempre	
Tempo na Profissão 2	0	0	2	2
3	0	3	0	3
4	0	1	0	1
5	0	1	0	1
6	0	0	1	1
9	1	0	0	1
10	1	0	0	1
11	1	0	0	1
13	0	0	3	3
15	1	0	0	1
Total	4	5	6	15

Tempo na Profissão * Informar/Consentir

	Informar/Consentir			Total
	Sempre	Muitas Vezes	Nem Sempre	
Tempo na Profissão 2	0	2	0	2
3	3	0	0	3
4	1	0	0	1
5	1	0	0	1
6	1	0	0	1
9	1	0	0	1
10	1	0	0	1
11	0	1	0	1
13	2	0	1	3
15	1	0	0	1
Total	11	3	1	15

Tempo na Profissão * Facultar Informação

	Facultar Informação			Total
	Sempre	Muitas Vezes	Nem Sempre	
Tempo na Profissão 2	0	1	1	2
3	2	1	0	3
4	1	0	0	1
5	1	0	0	1
6	1	0	0	1
9	1	0	0	1
10	1	0	0	1
11	1	0	0	1
13	0	0	3	3
15	1	0	0	1
Total	9	2	4	15

Tempo na Profissão * Registros de Enfermagem

	Registros de Enfermagem		Total
	Sempre	Muitas Vezes	
Tempo na Profissão 2	2	0	2
3	0	3	3
4	0	1	1
5	0	1	1
6	1	0	1
9	0	1	1
10	1	0	1
11	0	1	1
13	0	3	3
15	1	0	1
Total	5	10	15

Tempo na Profissão * Princípio da Autonomia

	Princípio da Autonomia		Total
	Sempre	Muitas Vezes	
Tempo na Profissão 2	1	1	2
3	2	1	3
4	1	0	1
5	1	0	1
6	0	1	1
9	1	0	1
10	1	0	1
11	1	0	1
13	2	1	3
15	1	0	1
Total	11	4	15

Tempo na Profissão * Consentimento Informado

	Consentimento Informado				Total
	Sempre	Muitas Vezes	Nem Sempre	Nunca	
Tempo na Profissão 2	1	0	1	0	2
3	0	3	0	0	3
4	1	0	0	0	1
5	0	1	0	0	1
6	0	0	0	1	1
9	0	1	0	0	1
10	1	0	0	0	1
11	0	1	0	0	1
13	0	0	3	0	3
15	1	0	0	0	1
Total	4	6	4	1	15

Tempo na Profissão * Consentimento Obtido

	Consentimento Obtido			Total
	Sempre	Muitas Vezes	Nem Sempre	
Tempo na Profissão 2	0	2	0	2
3	1	2	0	3
4	1	0	0	1
5	0	1	0	1
6	0	1	0	1
9	0	1	0	1
10	1	0	0	1
11	0	1	0	1
13	0	0	1	1
15	1	0	0	1
Total	4	8	1	13

Tempo na Profissão * Experiência Profissional

	Experiência Profissional				Total
	Sempre	Muitas Vezes	Nem Sempre	Nunca	
Tempo na Profissão 2	0	0	1	1	2
3	1	0	2	0	3
4	0	0	1	0	1
5	1	0	0	0	1
6	0	1	0	0	1
9	0	0	1	0	1
10	0	0	1	0	1
11	0	0	1	0	1
13	0	0	0	1	1
15	0	1	0	0	1
Total	2	2	7	2	13