

ÉTICA E HUMANIZAÇÃO EM HOSPITAIS: PERCEÇÃO DOS GESTORES ETHICS AND HUMANIZATION IN HOSPITALS: THE MANAGERS' PERCEPTION

Amélia Rego¹
Beatriz Araújo²
Daniel Serrão¹

¹Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética, Rua Diogo Botelho, 1327, 4169-005 Porto, Portugal

²Universidade Católica Portuguesa, CIIS-Centro de Investigação Interdisciplinar de Ciências da Saúde, Porto, Portugal, Rua Arquiteto Lobão Vital, Apartado 2511, EC Asprela, 4202-401 Porto

¹ (Jubilado da Faculdade de Medicina do Porto), Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética, Rua Diogo Botelho, 1327, 4169-005 Porto, Portugal

RESUMO

INTRODUÇÃO

A gestão deve ser sempre potenciadora de prática clínica humanizada, sendo esta uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde em funções de gestão. O paradigma holístico e a equidade em saúde constituem as bases da humanização. Ou seja, num quadro de referência em que a saúde é considerada como um valor primordial, necessariamente, tem projeção na humanização dos cuidados prestados.

OBJETIVO

Identificar a perceção dos gestores e evidenciar a existência de valores humanizantes na prestação de cuidados de saúde, em contexto hospitalar

MÉTODOS

Realizou-se uma investigação junto de 421 profissionais de saúde com funções de gestão, em 25 Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e Convencionados, da Zona Norte de Portugal. Identificou-se como um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa e desenho transversal, mediante a aplicação do Questionário Eticidade na Gestão Hospitalar.

RESULTADOS

Os gestores têm da Unidade de Saúde em que exercem funções um conceito elevado, tanto relativo à organização e funcionamento (93.8%) como à qualidade e humanização do serviço prestado, classificando a Unidade de Saúde como uma das que tem qualidade (97.7%) e humanização nos cuidados que proporciona aos destinatários (96.5%).

CONCLUSÕES

A análise descritiva dos dados evidenciou que, na perceção dos gestores, os cuidados são prestados de forma integral e humanizada nas organizações hospitalares estudadas. De facto, a existência de cuidados de saúde humanizados não depende dos valores económicos das entidades gestoras, mas de cada pessoa envolvida nos cuidados.

Na continuidade deste estudo seria oportuno auscultar a perspetiva dos utilizadores dos hospitais estudados e, posteriormente, compará-la com a dos gestores.

PALAVRAS-CHAVE

Ética; Humanização da assistência; Cuidados de saúde; Administração hospitalar.

ÉTICA E HUMANIZAÇÃO EM HOSPITAIS: PERCEÇÃO DOS GESTORES

ABSTRACT

INTRODUCTION

Management should always be an enhancer of humanized clinical practice, this responsibility belongs to all health management professionals. The foundation of humanization lies in the holistic paradigm and equity in health. Within a frame of reference where health is considered as a primary value, it is necessarily projected in the humanization of care.

OBJECTIVE

Identify the perception of managers and demonstrate the existence of humanizing values in health care in the hospital setting.

METHODS

The investigation includes 421 health professionals at management levels and was conducted in 25 hospitals in the Northern Zone of Portugal. This is a descriptive exploratory study of quantitative approach and cross-sectional design, by applying the Questionnaire of Ethicity in Hospital Management.

INTRODUÇÃO

Os profissionais com funções de gestão de unidades de saúde têm responsabilidade na capacidade clínica de resposta às necessidades dos utilizadores dos cuidados de saúde e na organização técnica e de gestão. O seu maior desafio é conseguir a conciliação da lógica da racionalização da prestação de cuidados de saúde e a rentabilização de recursos, no atual contexto macroeconómico (Rego; Araújo e Serrão, 2012)¹, assegurando as condições necessárias ao exercício seguro e humanizado dos cuidados. A humanização implica o atendimento, os métodos e os processos de trabalho, a estrutura organizacional que envolve a gestão, formação e pessoal disponível, bem como o relacionamento que é estabelecido, sendo “a humanização peça fundamental em qualquer sistema ou organização de prestação de cuidados de saúde” (Osswald, 2009, p.108)².

Numa perspetiva sistémica e holística, os cuidados de saúde visam a valorização da pessoa humana na sua totalidade, no respeito pela sua dignidade, princípio base de toda a intervenção, pois, “o ser humano possui dignidade ontológica e esta é inalienável e indestrutível” (Mezzomo, 2012, p.220).³ Esta visão da pessoa traduz a estratégia a seguir pelo hospital enquanto instituição, promove as boas práticas mediante uma cultura ética de qualidade do serviço prestado, humanização e respeito.

Humanizar os contextos da saúde passa, também, pela qualidade da relação que é estabelecida entre o profissional da saúde e o doente. Na perspetiva de Pessini (2006)⁴ consiste em dar

RESULTS

The descriptive analysis of the data showed that the results are favorable to the existence of humanized health care in hospitals. Managers have a high concept of the Health Unit where they work, both related to the organization and operation (93.8%) as well as the quality and humanization of service. They consider that the Health Unit has quality (97.7%) and humanization in care (96.5%).

CONCLUSIONS

In the perception of managers, care is provided in a comprehensive and humanized way. It does not depend on the economic values of managing entities, it depends on each person involved in care.

Following on from this study, it would be appropriate to analyze the perspective of users of the hospitals under study and then compare it with the managers' perspective.

KEYWORDS

Ethics, Humanization of Assistance, Health Care, Hospital Administration

qualidade a essa relação onde a solidariedade e o atendimento digno são imprescindíveis. Assim, podemos afirmar que, no contexto hospitalar, deve existir um ambiente em que as equipas funcionam com relacionamento sadio, a fim de que a satisfação dos profissionais e utilizadores dos Serviços de Saúde seja uma constante.

Cruz (2014)⁵ realça, no seu estudo sobre a conceção de Pellegrino, que o humanismo se caracteriza pela preocupação genuína pela centralidade da pessoa humana em cada aspeto da atividade profissional, o que se traduz no respeito pela sua liberdade, dignidade e sistema de valores. Importa, ainda, acentuar o pensamento de Osswald (2009)² ao referir que os custos das medidas de humanização são irrisórios e os seus benefícios diretos elevados, ou seja, “medidas pouco gravosas do ponto de vista económico podem ser altamente rentáveis em termos de humanização” (Osswald, 2009, p.111).²

“O cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade” (Watson, 2002, p.60-61).⁶ A humanização dos cuidados de saúde, na qual se respeitam os princípios e valores subjacentes, é fulcral para que a dignidade das pessoas que deles necessitam seja preservada e situa-se ao nível das estruturas, dos processos, das relações e do cuidar pessoal e intersubjetivo. Nas palavras de Pinochet e Galvão (2010) “existem limites para a consecução da produtividade nos hospitais através da tecnologia, equipamentos e conhecimento técnico-científico: porém, quando esses limites são atingidos, só há uma coisa a fazer (...) investir na humanização, a última descoberta da

ÉTICA E HUMANIZAÇÃO EM HOSPITAIS: PERCEÇÃO DOS GESTORES

tecnologia moderna” (p.501).⁷

Pretendemos com este estudo identificar a percepção dos profissionais de saúde no exercício de funções de gestão, acerca da existência de valores humanizantes na prestação de cuidados de saúde, nas unidades que gerem.

MÉTODOS

Metodologicamente, a presente pesquisa identifica-se como um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa e desenho transversal.

A nossa amostra é constituída por 421 profissionais em funções de gestão em Serviços/Unidades de Cuidados, Departamentos/Unidades de Gestão e Conselhos de Administração de 25 hospitais portugueses, do Serviço Nacional de Saúde e dos hospitais convencionados com o Ministério da Saúde, da Zona Norte, estando representados os Setores Público, Privado e Social.

No Quadro Nº1 apresentamos as variáveis sociodemográficas e profissionais de caracterização da amostra, bem como modelos de gestão implementados nos hospitais e nível de atuação.

O grupo profissional predominante é o dos enfermeiros (45,4%), seguido dos médicos (24,9%), dos administradores (8,1%) e dos profissionais de outros grupos em coordenação de áreas técnicas (21,4%) dos Hospitais da Zona Norte de Portugal. A taxa de resposta, relativamente à população em estudo, foi considerada razoável (45,4%). No que diz respeito aos dados que caracterizam a amostra, verificamos que ela é maioritariamente do sexo feminino (61,8%); o seu perfil académico concentra-se essencialmente no grau de licenciatura (76,2%) possuindo 13,8% dos respondentes o grau de mestre, 3,6% o grau de doutor, 5,2% o ensino secundário e 5% indicou possuir uma pós-graduação. A gestão de Serviço/Unidade de Cuidados é a área que absorve a maioria dos profissionais (56,1%), exercem a gestão hospitalar a nível de Departamento/Unidade de Gestão 16,6%, em Conselho de Administração 5,2% e exercem funções de Coordenação de áreas técnicas 22,1%, sendo que o modelo de gestão preponderante nos hospitais de origem dos respondentes é Entidade Pública Empresarial (EPE) com 73,9%, Parceria Público-privada (PPP) 14,7%, do Setor Privado 6,2% e do Setor Social (Instituições Particulares de Solidariedade Social) 5,2%.

Na recolha de dados utilizamos como instrumento o Questionário Eticidade da Gestão Hospitalar (QEGH) construído e validado pela investigadora, com um alfa de Cronbach de .77 (Rego; Araújo e Serrão, 2014).⁸ Trata-se de um instrumento de autorrelato constituído por seis dimensões: “Custos e ética”, “Ponderação ética”, “Decisão ética”, “Responsabilidade e qualidade”, “Restrição económica e ética”, e “Formas de limitar os custos”.

A aplicação do Questionário decorreu no período de Julho a

Dezembro de 2011, após prévia autorização dos Conselhos de Administração, sob parecer favorável das respetivas Comissões de Ética, das Instituições de Saúde. Neste artigo reportamos os resultados obtidos em sete itens extraídos das dimensões “Responsabilidade e qualidade” e “Decisão ética” do QEGH.

Os dados foram analisados a partir do Stastical Package for the Social Sciences (Versão 20.0 para Windows).

Quadro Nº1 - Variáveis sociodemográficas e profissionais da amostra (n=421) e organizativas

Variáveis	N	%
Género		
Feminino	260	61,8
Masculino	161	38,2
Grupo etário		
< 30 anos	12	2,9
30-40 anos	71	16,9
40-50 anos	159	37,8
50-60 anos	162	38,4
> 60 anos	17	4,0
Habilitações Académicas		
Ensino Secundário	22	5,2
Licenciatura	323	76,7
Mestrado	59	14,0
Doutoramento	15	3,6
Grupo profissional		
Médico	105	24,9
Enfermeiro	191	45,4
Administrador	35	8,3
Outro	90	21,4
Tempo de serviço em funções de gestão		
<3 anos	73	17,3
3-10 anos	235	55,8
10-20 anos	95	22,6
> 20 anos	18	4,3
Tempo de serviço como gestor no atual posto de trabalho		
<3 anos	122	29,0
3-10 anos	238	56,5
10-20 anos	55	13,1
> 20 anos	6	1,4
Nível de gestão		
Conselho de Administração de Unidade de Saúde	22	5,2
Gestão de Departamento	70	16,6
Gestão de Serviço/Unidade de Cuidados	236	56,1
Outra	93	22,1
Modelo de gestão		
Privado	26	6,2
Entidade Pública Empresarial (EPE)	311	73,9
Parceria Público Privada (PPP)	62	14,7
Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)	22	5,2

ÉTICA E HUMANIZAÇÃO EM HOSPITAIS: PERCEÇÃO DOS GESTORES

RESULTADOS

Os resultados deste estudo reportam-se a sete itens relacionados com aspetos éticos e de humanização em hospitais, extraídos das dimensões “Responsabilidade e qualidade” e “Decisão ética” do QEGH, e decorrem da associação de indicadores positivos e negativos. Assim, para a análise dos resultados tivemos em conta as cinco opções de resposta da escala do tipo Likert, em cada item e recorremos à associação dos três indicadores que entendemos como positivos (“Algumas Vezes”, “Frequentemente” e “Sempre”), considerando-se o somatório das percentagens obtidas nestas alternativas de resposta. Igual procedimento se teve para as respostas associadas aos dois indicadores negativos (“Nunca” e “Poucas Vezes”). Foram analisadas as respostas mais significativas, ou seja, as que apresentavam percentagens superiores a 50% (Quadro Nº2).

Quadro Nº 2 - Resultados dos itens segundo indicadores positivos e negativos na amostra

Itens	Indicadores negativos		Indicadores positivos	
	N	%	N	%
Classifico esta Unidade de Saúde como excelente na sua organização e funcionamento	26	6.2	395	93.8
Classifico esta Unidade de Saúde como uma das que tem Qualidade nos cuidados que proporciona aos destinatários	10	2.3	411	97.7
Classifico esta Unidade de Saúde como uma das que tem Humanização nos cuidados que proporciona aos destinatários	15	3.5	406	96.5
As minhas decisões a nível da gestão hospitalar são influenciadas pela minha perspetiva do valor da vida humana	9	2.1	412	97.9
As minhas decisões a nível da gestão hospitalar são influenciadas pelas circunstâncias culturais das pessoas da área de influência	96	22.8	325	77.2
As minhas decisões a nível da gestão hospitalar são influenciadas pelas circunstâncias sociais das pessoas da área de influência	90	21.4	331	78.6
As minhas decisões a nível da gestão hospitalar são influenciadas pelas necessidades de saúde das pessoas da área de influência	29	6.9	392	93.1

Da análise do Quadro Nº2 constatamos que a maioria dos gestores localiza as suas respostas em indicadores positivos. Os gestores classificam a Unidade de Saúde onde exercem funções como excelente na sua organização e funcionamento (93.8%), como uma das que tem Qualidade de cuidados (97.7%) e como uma das que tem humanização nos respetivos cuidados que proporciona aos destinatários (96.5%).

Relativamente às suas tomadas de decisão, a nível da gestão hospitalar, referem que estas são influenciadas: (i) pela sua perspetiva do valor da vida humana (97.9%); (ii) pelas circunstâncias culturais das pessoas da área de influência (77.2%); (iii) pelas circunstâncias sociais das pessoas da área de influência (78.6%); e (iv) pelas necessidades de saúde das pessoas da área de influência (93.1%).

DISCUSSÃO

É consensual que, desde longa data, os profissionais de saúde se preocupam em proporcionar cuidados holísticos e humanizados aos doentes internados no hospital, cabendo-lhes um papel relevante, singular e de primeira linha na prática efetiva da humanização das estruturas, dos processos e do cuidar com forte componente relacional. O agir ético, no qual a responsabilidade profissional é uma realidade, constitui mesmo a base do cuidar humanizado. O processo de cuidar torna-se holístico, se considerar os valores humanos como a sensibilidade, a crença e a confiança, entre outros (Fonseca; Parcianello & Zamberlan, 2013).⁹

A qualidade é condição essencial ou intrínseca de qualquer serviço de saúde, sobretudo se nos referimos ao contexto hospitalar no qual os valores da vida, da saúde e do bem-estar das pessoas são considerados prioritários (Luna, 2011).¹⁰

O gestor é responsável pela implementação de melhoria contínua, articulando de maneira eficiente os recursos a serem utilizados, mantendo o equilíbrio e atendendo às necessidades básicas das pessoas a vivenciar situações de doença (Pinochet & Galvão, 2010).⁷

Os resultados encontrados neste estudo correspondem às normas éticas e deontológicas preconizadas para as profissões de saúde, particularmente, as inseridas nos Códigos Deontológicos dos médicos e dos enfermeiros. Poderão, ainda, estar relacionados com o grande investimento que, nas duas últimas décadas, se tem vindo a registar no setor da saúde, particularmente nos hospitais, através da dinamização das Comissões de Humanização Hospitalares, as quais incrementaram as estruturas humanizadas e a formação dos profissionais orientadas para a centralidade do utente como pessoa nos cuidados de saúde. Demonstram, ainda, que os gestores de topo proporcionam boas condições de estrutura na qual são prestados os cuidados; os do nível intermédio estabelecem circuitos adequados; e os do nível operacional asseguram cuidados de saúde humanizados e de qualidade num contexto de otimização dos recursos disponíveis. Estas constatações advêm do facto dos gestores classificarem a unidade que gerem: como excelente na sua organização e no seu funcionamento; e com qualidade nos cuidados que proporcionam aos destinatários, os quais são humanizados. E, ainda, considerarem que as suas decisões são influenciadas pelo valor que atribuem à vida humana, pelas circunstâncias culturais, sociais e necessidades de saúde das pessoas da área de influência dos hospitais.

Os serviços hospitalares terão investido na sua organização e no envolvimento pró-ativo dos profissionais, dirigido para a aproximação sistemática da pessoa doente, apesar da intensidade e complexidade de trabalho que caracteriza o ambiente hospitalar, reduzindo simultaneamente, a tendência para o uso impessoal da tecnologia que se poderia interpor ao contacto humano direto. Contudo, os resultados desta pesquisa divergem dos encontrados em estudos, de âmbito

ÉTICA E HUMANIZAÇÃO EM HOSPITAIS: PERCEÇÃO DOS GESTORES

nacional e internacional, relacionados com a satisfação dos doentes. Estes direcionam-se, quase exclusivamente, para os cuidados de enfermagem ou Unidades de Cuidados específicas, nomeadamente em cuidados intensivos, pediatria, cirurgia, entre outras. Neles são evidenciados os seguintes aspetos: (i) os clientes de saúde percebem a necessidade de se sentirem mais acolhidos e estar num ambiente mais humanizado (Pinochet & Galvão 2010)⁷;

(ii) nem toda a prática profissional de enfermagem se caracteriza segundo os preceitos da humanização, pois quando a cidadania e o protagonismo dos clientes não são respeitados, ou quando o cuidado não se efetiva enquanto tal, a prática é desumanizadora (Rego; Araújo e Serrão, 2012)¹; (iii) o cuidado de enfermagem é da responsabilidade dos profissionais de enfermagem e a humanização da assistência, dos profissionais da saúde (incluindo os profissionais de enfermagem), gestores e clientes (Silva; Chernicharo e Ferreira, 2011)¹¹; e (iv) a qualidade do serviço, o valor percebido, a imagem, o envolvimento e a equidade influenciam significativamente a satisfação dos utentes (Pinheiro, 2013)¹².

CONCLUSÃO

Os resultados revelam que, para os profissionais com funções de gestão nos 25 hospitais do Serviço Nacional de Saúde e hospitais convencionados analisados neste estudo, existe humanização dos cuidados de saúde, independentemente do nível de gestão, do seu desempenho e do modelo de gestão do hospital onde exercem. Neste contexto, toda a organização hospitalar está ao serviço da pessoa, considerando que é de cuidados integrais e humanizados que precisa a par da utilização da tecnologia mais avançada. Estes, não dependem dos valores económicos das entidades gestoras, mas de cada pessoa envolvida nos cuidados de saúde. A gestão deve ser sempre potenciadora de prática clínica humanizada, sendo esta uma responsabilidade tanto dos profissionais em funções de gestão como dos decisores políticos, pois as condições de estrutura em que se presta o cuidado concorrem positiva ou negativamente para que o utilizador dos cuidados se sinta cuidado ou não. Sendo a maior percentagem de inquiridos do grupo profissional dos enfermeiros, parece-nos adequado salientar o enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, da Ordem dos Enfermeiros ao considerar que “os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.12-13)¹³. Só se prestarão cuidados humanizados se, além do respeito pelos direitos universalmente aceites e envolvimento da família/pessoa significativa, as relações entre profissionais de saúde e doentes, e os próprios princípios

que suportam a organização, forem também humanizados.

A desumanização dos contextos e das relações profissionais tem sido objeto de preocupação crescente (Mendes, 2009).¹⁴ No entanto, não haverá desumanização se forem tidos em consideração o cuidado holístico e a equidade em saúde. Num quadro de referência em que a saúde é considerada como um valor primordial, esta atitude, acaba por ter projeção na humanização dos cuidados, quer seja ao nível da estrutura, das relações ou dos processos de trabalho. A relação entre quem cuida e quem recebe cuidados tem necessariamente de se pautar por princípios e valores, dos quais, a dignidade humana é o pilar que suporta todos os outros princípios e que tem de estar presente, de forma absolutamente inequívoca, em toda e qualquer intervenção (Rego e Araújo, 2013).¹⁵ Os agentes da saúde que assimilaram os valores humanos universais conseguem alcançar objetivos de desenvolvimento dotados de valor humano e humanizante, ao conjugarem a utilização da tecnologia com sensibilidade humana e relacional.

Esperamos que a divulgação dos resultados deste estudo contribua para uma reflexão dos gestores sobre os valores éticos subjacentes à prestação de cuidados de saúde humanizados e de qualidade.

Como implicações desta investigação para a prática clínica consideramos que o cruzamento de informação, proveniente da auscultação dos utilizadores da mesma área de influência dos hospitais estudados, permitiria analisar em diferentes perspetivas, e mais amplamente, o mesmo eixo temático, ou seja, a humanização nos cuidados de saúde hospitalares na opinião dos gestores e dos doentes. A perceção destes é primordial para complementar a avaliação da qualidade de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Rego, A., Araújo, B., & Serrão, D. (2012). *Ponderação ética dos gestores de Unidades de Saúde*. Póster apresentado no II Encontro Internacional de Bioética, Vila Real.
- 2 Osswald, W. (2009). *Os custos da humanização*. In: Brito, J.H.S. (Coord). *Ética, justiça e cuidados de saúde* (pp.107-113). Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia, UCP.
- 3 Mezzomo, A.A. (2012). *Fundamentos da humanização hospitalar - uma visão holística*. Bioethikos, 6 (2), 217-221.
- 4 Pessini, L. (2006). *Bioética: um grito por dignidade de viver*. São Paulo: Paulinas.
- 5 Cruz, M.J.S.S. (2014). *Bioethics and Medical Humanities - An approach from Edmund Pellegrino*. Mirabilia Medicinae, 2, p.40.
- 6 Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Camarate: Lusociência

⁷ Pinochet, L.H.C., & Galvão, C.R. (2010). *Aspectos humanos na gestão hospitalar. O Mundo da Saúde*, 34(4), 498-507.

⁸ Rego, A., Araújo, B., & Serrão, D. (2014). *Validação do Questionário de Eticidade na Gestão Hospitalar*. Revista de Bioética Latinoamericana. 13 (01), 83- 101.

⁹ Fonseca, G.G.P., Parcianello, M.K., & Zamberlan, C. (2013). *Agentes estressores em unidade de tratamento intensivo coronariana e o cuidado humanizado de enfermagem*. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, 3(2), 654-661. Acedido em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/343/428>

¹⁰ Luna, O. (2011). *Ética y calidad en salud: un binomio inseparable Acta Bioethica*, 17 (1), 9-17.

¹¹ Silva, F.D., Chernicharo, I.M., & Ferreira, M.A. (2011). *Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. Humanização no cuidado de enfermagem*, 15 (2), 306-313.

¹² Pinheiro, P.A.P. (2013). *Avaliação da satisfação dos utentes num Serviço de saúde hospitalar* (Dissertação de mestrado), Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial. Acedido em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/11441/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

¹³ Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

¹⁴ Mendes G. (2009). *A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem*. Texto & Contexto – Enfermagem, 18(1), 165-169.

¹⁵ Rego, A., & Araújo, B. (2013). *Enfermagem: gerir com vinculação a valores*. Revista Servir, 58 (1-2), 24-31.