

59 Nº2
MARÇO-ABRIL | 2016

SERVIR

Ética em Enfermagem

**Humanização nos
cuidados de saúde**

SERVIR - FICHA TÉCNICA

EDITOR

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde

DIREÇÃO

João Paulo Nunes

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Cristina Mancussi e Faro
Andreia Silva
Beatriz Araújo
Elma Zoboli
Fernanda Trindade Lopes
Isabel Ferraz
João Mendes
José Amendoeira
Luís Lisboa Santos
Madalena Cunha
Maria de Fátima Martins
Margarida Vieira
Olivério Ribeiro
Rosa Maria Martins
Sandra M. Queiróz
Sérgio Deodato

ISSN: 0871-2379

DEPÓSITO LEGAL Nº 28340/89

INDEXAÇÃO

PubMed, indexada pela Medline desde 1984
(NLM ID: 860174)

CONSELHO EDITORIAL

Ana Paula Neves
Elisa Garcia
José Botelho
Mercedes Olazabal
Madalena Cunha
Maria Helena Cadete
Maria de Jesus Raposo
Olivério Ribeiro

ADMINISTRAÇÃO

Ana Paula Neves
João Paulo Nunes
Vanessa Machado

SITE E EMAILS

www.aceps.pt
geral@aceps.pt | revista.servir@aceps.pt

DESIGN GRÁFICO

Cristina Lima

A Direção da Revista agradece toda a colaboração que lhe queiram enviar, reservando-se o direito de publicar ou não. Em qualquer dos casos os artigos não serão devolvidos. Os artigos publicados são da responsabilidade dos seus autores, não comprometendo a Direção da Revista.

MEMBRO DA



Associação de Imprensa
de Inspiração Cristã

ÍNDICE

EDITORIAL	5
EDITORIAL	5
ÉTICA EM ENFERMAGEM ETHICS IN NURSING	
OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO	7
<i>THE LIMITS OF ETHICAL ACTING IN NURSE EVERYDAY LIFE</i>	7
A ETICIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR, INFLUÊNCIA DO GRUPO PROFISSIONAL E MODELO IMPLEMENTADO	18
<i>ETHICITY IN HOSPITAL MANAGEMENT, THE INFLUENCE OF THE PROFESSIONAL GROUP AND THE IMPLEMENTED MODEL</i>	18
ÉTICA E HUMANIZAÇÃO EM HOSPITAIS: PERCEÇÃO DOS GESTORES	25
<i>ETHICS AND HUMANIZATION IN HOSPITALS: THE MANAGERS' PERCEPTION</i>	25
VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM	31
<i>VALIDATION OF THE QUESTIONNAIRE FOR MAPPING OF ETHICAL KNOWLEDGE IN NURSING STUDENTS</i>	31
HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE HUMANIZATION IN HEALTH CARE	
SAÚDE UM BEM SOCIAL: COMO CONCRETIZAM OS ENFERMEIROS A PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NA INVESTIGAÇÃO?	41
<i>HEALTH A SOCIAL ASSET: HOW ACHIEVING THE NURSES THE PROMOTION OF HUMAN RIGHTS IN THE RESEARCH?</i>	41
SAÚDE UM BEM SOCIAL: COMO PROMOVEM OS ENFERMEIROS, NA PRÁTICA CLÍNICA, OS DIREITOS HUMANOS?	45
<i>HEALTH A SOCIAL ASSET: HOW TO THE NURSES PROMOTE HUMAN RIGHTS IN THE CLINICAL PRACTICE?</i>	45
A ESPIRITUALIDADE EM SAÚDE	48
<i>SPIRITUALITY IN HEALTH</i>	48
INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	50
<i>INTEGRATION OF SPIRITUALITY IN NURSING CARE</i>	50
O ALÍVIO DO SOFRIMENTO DO DOENTE CRÓNICO COMO FOCO DO CUIDAR DA ENFERMAGEM	57
<i>THE SUFFERING RELIEF FROM CHRONIC ILL AS A FOCUS IN NURSING CARE</i>	57

ÍNDICE DE AUTORES

Amélia Rego, 18, 25
 Beatriz Araújo, 18, 25, 41
 Celso Nunes, 31
 Daniel Serrão, 18, 25
 Lucília Nunes, 7
 Madalena Cunha, 31
 Margarida Alvarenga, 45
 Maria do Céu Cunha, 31
 Victor Feytor Pinto, 48
 Rosa Martins, 57
 Sandra Queiroz, 50
 Susana Batista, 57
 Teresa Rodrigues, 31

EDITORIAL

A renovada iniciativa de promover a Enfermagem, enquanto ciência e profissão e assumir nesse processo uma postura humanista, alicerçada em valores éticos fundamentais e constitucionais, compromete a **Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS)**, enquanto uma das mais antigas associações profissionais de enfermagem, em Portugal.

O retomar de uma opção editorial da ACEPS, é um imperativo, na medida em que a Revista Servir é detentora de créditos, herdeira de eloquentes competências e, retrato do melhor que foi existindo na Enfermagem Portuguesa ao longo de sessenta e quatro anos.

O núcleo das intenções que a presente publicação sustenta é: *Enfermagem: Conhecimento; Acção; Transformação*. Visamos contribuir para o Conhecimento, através da disseminação do saber, que suporta a Acção baseada na evidência mas, também, e de uma forma prioritária, a qualificação e aprofundamento do diálogo social e interdisciplinar. Assim começa a *Transformação*. É imperativo contribuir para a divulgação social de uma profissão “discreta”, pouco afirmativa no que respeita à fundamentação do valor intrínseco dos seus atos. Importa inaugurar uma nova etapa de tensão laboral, não exclusivamente de cariz sindical, mas sustentada pelo diálogo da racionalização custo/benefício. O nível académico e científico da formação e do exercício profissional, estão num profundo desequilíbrio relativo, quando os comparamos com a imagem social da profissão. E, a imagem da profissão é, muitas vezes, um sério entrave a um mais substancial contributo da ciência da Enfermagem, para a transformação estrutural, que todos sabemos necessária.

Orientamos, pois, toda a nossa energia produtiva para uma dialética, acção-reflexão-acção, que é o motor e fundamento de qualquer mudança em qualidade.

Dois grandes propósitos, que nos comprometem: Primeiro - A Academia e a Clínica não estarão dissociadas. Sabemos que nenhuma profissão se desenvolve, sem uma sólida base teórica e sem um destemido investimento no estudo da sua Epistemologia. Mas é igualmente verdade que a Clínica nos fornece a visão de uma realidade que a Teoria não consegue antever e, a possibilidade de a transformar.

Nesta integração, conseguiremos uma diversidade homogénea, em que todos os enfermeiros se sintam representados.

Segundo - Chegou o tempo e a ocasião de afirmar de forma destemida e autêntica, que a Enfermagem é uma Ciência do Viver. Durante muito tempo associou-se a Enfermagem às Ciências da Vida. A Vida é uma característica transversal a todos os Seres. O Viver é a idiossincrasia que caracteriza cada Pessoa. A esta Pessoa nos dirigimos e, por ela, existimos.

João Paulo Batalim Nunes

EDITORIAL

The renewed initiative to promote nursing as a science and a profession, and assuming in this process a humanistic approach, based upon essential and ethical constitutional values, compromises **Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS)** while one of the oldest nursing professionals association in Portugal.

The return of a publishing option from ACEPS, is an imperative, to the extent that Servir Journal holds credits, heir eloquent skills and is a portrait of the best that has existed in the Portuguese Nursing within sixty-four years.

The core of the intentions supported by this publication is *Nursing: Knowledge; Action; Transformation*. We aim to contribute to Knowledge, not only by its disseminating that supports the Action based on evidence, but also, and as a priority, improving and deepening the social and interdisciplinary dialogue. Thus begins the *Transformation* process. It is imperative to contribute to the social disclosure of a “discreet” profession, unassertive in what concerns the basis of the intrinsic value of its actions. It is important to introduce a new stage of labour tension, not only of trade-union nature but supported by the dialogue of cost / effectiveness streamlining.

The educational and scientific level of the vocational training and the professional practice are in a deep relative unbalance when compared with the social image of the profession. And the image of the profession is often a serious challenge to a more substantial contribution of the Nursing science to one structural transformation which, we all know is urgently required.

We, therefore, direct all our productive energy to adialectic, action-reflection-action path which is the engine and the foundation of any change in quality.

There are two great purposes, to which we are committed to: First - The Academy and the Clinic will not be disassociated. We know that no profession is developed without a solid theoretical basis and without an undaunted investment in the study of its Epistemology. But it is equally true that the clinic allows us to have a vision of the reality that Theory cannot predict and to have the ability to change it. In this integration, we will get a homogeneous diversity, where all the nurses feel themselves represented.

Second - The time and the opportunity have come to affirm fearlessly that Nursing is a Science of Living. For a long time Nursing was associated with Life Sciences. Life is a cross-cutting feature of all Beings. Living states the idiosyncrasy that characterizes every Person. We direct ourselves to this Person and we do exist, moved by It.

João Paulo Batalim Nunes

ÉTICA EM ENFERMAGEM
ETHICS IN NURSING

OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO
THE LIMITS OF ETHICAL ACTING IN NURSE EVERYDAY LIFE*Lucília Nunes¹*¹Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal**RESUMO****INTRODUÇÃO**

Considerando uma abordagem progressiva do tema, fazemos um enquadramento filosófico da ideia de limite, situamos a ética e a ética de enfermagem, de modo a abordar, a seguir, a gestão dos limites e a consciência dos limites no agir do enfermeiro.

DESENVOLVIMENTO

Abordamos o tema em cinco etapas. Na primeira, Questionamento em torno dos limites aborda o campo semântico, algumas perspetivas teóricas e é sintetizável como a identificação do que caracteriza os limites e o questionamento sobre os limites com alguns autores. Na segunda, Da tripla fórmula do plano ético aos limites partimos da formulação de Ricoeur para alicerçar as perspetivas ética, ontológica e existencial dos limites humanos. Na terceira, Ética de Enfermagem foca-se na fundamentação da dimensão ética da práxis, com centro na dignidade da pessoa, a sua autonomia, o seu contexto situado e associando responsabilidade e respeito pelo Outro, compromisso de cuidado e processo transpessoal e intersubjectivo da acção do enfermeiro. Na quarta, Limites do agir ético, enunciamos um conjunto de elementos, a partir do sentido (ou finalidade) da autoregulação e dos contornos da acção profissional, incluindo

a expressão de vontade da pessoa cuidada, o quadro normativo de expressão deontológica, as *leges artis*, as regras da arte e do cuidado humano, na transição para a responsabilidade profissional e reconhecendo a relação com a cidadania e direitos humanos. Na quinta, A consciência e a gestão dos limites no agir profissional consideramos os territórios da acção, com diversas geografias e geometrias variáveis, com enfoque nas escolhas difíceis e recusas, limites provenientes dos intervenientes e dos contextos, conferindo espaço à solicitude aos dilemas, a uma “moral da medida”, à reflexão sobre a gestão dos *depois* (as questões da falibilidade e da falta, sentimento de culpabilidade, do arrependimento e do remorso, assim como da satisfação e da alegria, da estima de Si).

CONCLUSÕES

No global, procuramos os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro, com o sentido de agregação das dimensões ética, deontológica, prática do exercício profissional. Que, pela própria natureza da profissão, estreita laços com questões antropológicas e existenciais.

PALAVRAS-CHAVE

Limites, Ética de Enfermagem, Acção do Enfermeiro

OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO

ABSTRACT

INTRODUCTION

Considering a progressive approach to the topic, we construct a philosophical framework of the idea of limit. We situate ethics and nursing ethics so as to approach it, then, deal with management of limits and awareness of the limits of the nurse's acting.

DEVELOPMENT

We approach the issue in five steps. In the first, questioning about the limits addresses the semantic field, some theoretical perspectives and is summarized as what distinguishes the limits and the questioning about limits made by some authors. Second, the triple formula of ethics, as Ricoeur formulate, to substantiate the ethical, ontological and existential perspectives of human limits. In the third, Nursing Ethics focuses on the foundation of the ethical dimension of praxis, centered on the human autonomy and dignity, their circumstance, associating responsibility and respect for the Other, care commitment, transpersonal process and intersubjective nurse action. In the fourth, Limits of ethical conduct, we present a set of elements, from the sense (or purpose) of autoregulation and professional

actionshpae, including person will expression, the legal framework of deontological expression, the legis artis, the rules of the art and human care, in the transition to professional responsibility and recognizing the relationship with citizenship and human rights. In the fifth step, the awareness and management of limits on professional acting consider the diverse geographies and variable geometries of action territories, focusing on difficult choices and refusals, limits from the stakeholders and contexts, giving space to solicitude and dilemmas, a "moral measure", to reflect on the management of limits (the issues of unreliability and lack, feelings of guilt, repentance and remorse, as well as the satisfaction and joy, Self-esteem).

CONCLUSIONS

Overall, we seek the limits of ethical conduct in nurse everyday life with the sense of bond between ethical, deontological, praxis of professional practice. That, by the very nature of the profession, close ties with anthropological and existential questions.

KEYWORDS

Limits, Nursing Ethics, Nurse Acting

INTRODUÇÃO

Considerando uma abordagem progressiva do tema, fazemos um enquadramento filosófico da ideia de limite, situamos a ética e a ética de enfermagem, de modo a abordar, a seguir, a gestão dos limites e a consciência dos limites no agir do enfermeiro. Propomos, desta forma, um percurso com cinco etapas, como se fossem estações que nos parecem especialmente relevantes para a abordagem e a discussão do tema. Uma parte da reflexão sobre os limites, decerto acompanha o nosso cotidiano, mesmo que não pensemos no assunto exatamente desta forma. O questionamento do lugar dos limites foi o tema da lição, nas provas de Agregação, porque em diferentes reflexões e estudos, aulas e textos, fomos passando algumas vezes pelo conceito de limite, por exemplo, ao focarmos a ética filosófica, a ética de enfermagem ou temáticas da bioética. Partamos da justiça, da responsabilidade, da dignidade da pessoa, da ação humana, do cuidado, da educação, da política, do desenvolvimento das biotecnologias, num percurso de pensamento corremos sérios riscos de nos encontrar e confrontar com o sentido do limite - há limites humanos, existenciais; limites nas capacidades individuais; limites da vida no mundo humano; limites no uso dos conhecimentos, na decisão de agir; há limites aos cuidados e ao exercício da autonomia. Reconhecemos o limite, genericamente,

com um sentido de negativo, de restrição, de impedimento. Contudo, o saber dos limites, a experiência de testar os limites e as (novas) configurações que os limites propiciam, em modo dinâmico e versátil, podem ser matéria de uma reflexão fecunda ou, pelo menos, desafiadora. Partilho, neste texto, uma parte dessa reflexão, organizada numa trajetória de cinco momentos.

DESENVOLVIMENTO

A. QUESTIONAMENTO EM TORNO DOS LIMITES

Pensar sobre os limites tem, pelos menos, dois elementos: o que caracteriza os limites e o o questionamento sobre o lugar dos limites, sendo que o lugar é mais do que uma localização geográfica, mais do que um espaço; é a concreta manifestação do habitar humano, constituído por elementos que transmitem significado.

1. Vejamos que, se nos colocarmos de frente para um quadro branco (ou de outra cor, sem nada escrito), e perguntamos "o que está no quadro?", a resposta, óbvia, dita sem rebuscos, haverá de ser "nada, o quadro não tem nada escrito". Pegue-se numa caneta própria para escrever no quadro, desenhe-se um círculo e, ao perguntar, "o que está no quadro?", a resposta haverá de ser "um círculo". O desenho do círculo não existia antes de ser traçado o risco - é o limite que configura o círculo, que o faz existir.

OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO

De uma forma gráfica e simples, patenteia-se uma das noções mais singelas ligadas à ideia de limite - é o limite que confere forma. O limite assinala a fronteira do que é e do que já não é, demarca, traça, recorta. Limitar é estabelecer limites, pelo que, frequentemente, costuma ter sentido negativo, porque algo se conclui ou termina, porque visto como ponto final de algo.

2. Todavia, o campo semântico do limite inclui os significados de extremidade, continuidade e término. Do significado original de configuração espacial, à exaustão, impossibilidade, fim de um processo de atividade, à diferenciação de fronteira (os romanos não tinham interesse em estabelecer limites aos seus domínios mas queriam um sistema administrativo e defensivo de fronteira). No sentido etimológico, provem do vocábulo “limes”, genitivo de “limitis”, que se tem traduzido como “caminho entre dois campos, fronteira, sulco”. Muito próximo de “limen”, limiar, fim, fronteira.

3. Para Aristóteles, na Metafísica, limite como “a extremidade de uma coisa, isto é, do primeiro ponto além do qual não mais é possível apreender em nada a coisa e o primeiro ponto aquém do qual está o seu todo”. Ou seja, entre o ponto além do qual não existe mais a coisa e aquém do qual ela é na totalidade. Assim, limite separa duas regiões (e coincide com o conceito de fronteira ou o ponto final de algo). Um limite estabelece uma separação física ou simbólica, entre territórios, entre vontades, entre capacidades. É também representação do extremo, na expressão «no limite», na «situação-limite», no «limite das forças». Usa-se para uma restrição ou uma limitação, como ocorre com limites legais ou sociais (veja-se o sentido da linguagem coloquial de «pisar o risco», «passar das marcas»).

4. Também podemos evoar o limite como necessário nas virtudes, seguindo Aristóteles e a sua moral do justo meio, que exige limites (por exemplo, uma tolerância ilimitada seria intolerável).

5. Se virmos a partir da Lógica de Hegel, surgem dois sentidos - o de barreira e o de fronteira, apelando a que distingamos entre ambos. De-finir (dar o fim) tem diferenças de de-limitar (para os romanos, era claro que tinha a ver com território, com as fronteiras do Império) ou de-terminar (dá o término, numa linguagem de espaço e tempo). Dois sentidos que poderiam ser tratados, levando-nos a encarar o limite como finitude, num paradigma das capacidades, do que não conseguimos transgredir, e o limite como transgressão, levando-nos aos temas da culpa e do mal.

6. Ou a perspectiva de Thomas Hobbes, em que os limites sociais surgem da necessidade de organizar a sociedade para que homens e mulheres não se destruam - e, aqui, os limites transmutam-se em regras, que colocam os elementos no caminho certo (como um esquadrão faz).

7. Ou o limite no mundo entre os homens, seguindo Hannah Arendt, pois nas sociedades humanas desenvolvemos duas atividades que são essencialmente políticas: a ação e a palavra, que supõem directamente a relação entre os homens. Falar é agir quando se encontram as palavras necessárias no momento

certo. Todavia, existe limite ao que chamamos liberdade de opinião (e, portanto, ao debate político) - esse limite é o reconhecimento dos factos. Uma afirmação que negue os factos porque os factos se opõem a interesses não é uma opinião, é uma mentira; trocou o mundo político pelo mundo da violência, o seu oposto. Assim, o objectivo do mundo político não é chegar a uma verdade universal; mas levar cada um a descobrir a verdade inerente à sua opinião. Arendt sublinhou a ideia de que não se pode, em política, reduzir a multiplicidade de pontos de vista a uma verdade única, definitiva, válida para todos. Só as verdades demonstráveis, como as matemáticas, têm de ser vistas da mesma forma.

8. Portanto, requer-se o respeito pela liberdade do Outro em seguir as suas crenças, adoptando o princípio moral do respeito pela convicção do Outro. Mesmo que o Outro discorde de mim ou possa estar errado. Então, quais os critérios para traçar o limite? Segundo, a análise da tolerância, da intolerância e do intolerável. Os limites que se traçam nos limites da própria tolerância. De acordo com Habermas, “a igualdade de direitos de todos os indivíduos e o igual respeito pela sua dignidade pessoal são suportados por uma rede de relacionamento interpessoal e por relações recíprocas de reconhecimento”. Habermas considera que as ordenações de cada um estão (ou é suposto estarem) intimamente relacionadas com os planos e os estilos de vida. E existe uma profunda relação entre a autonomia da pessoa e a inserção em partilha intersubjectiva pelo que a articulação entre a opinião pessoal (por via da autonomia de cada um) e a relação com a opinião dos Outros, tem de ter critério para aferir o intolerável, aquilo que traça o limite, considerar “o que é irrespeitável”, ou seja, a recusa de presumir a liberdade de adesão na crença adversa.

9. É fácil perceber que os valores pessoais se constituem como fontes de limites voluntários à ação, quando o agir é definido a partir do que se entende correto e não simplesmente porque é possível. Ou seja, nem sempre fazemos o que é possível mas o que consideramos certo na circunstância.

10. Desde que constituímos as sociedades humanas que a lei é vista como limite, o muro da cidade. A justiça foi encarada como uma espécie de princípio regulador que compassa a ordem social e moral dos assuntos humanos ou como imposição humana, pois, seguindo Arendt, a lei constitui uma “linha divisória”, assumindo-se como um muro delimitador do recinto do político. A própria noção de «limite» carece de uma espacialidade própria, atestando a existência de uma marca a separar o conveniente do inconveniente, o adequado do inadequado. O estabelecer de normas funciona como formulação de limites, com carácter de imposição na figura materializada das leis. De acordo com Arendt, estabelecer a lei era pré-político da mesma forma que o muro exterior surgia antes da própria cidade. Notemos que, curiosamente, alguns limites do Direito estão nele mesmo consagrados, como é o caso da objecção de consciência. E, ainda a título de exemplo, as declarações universais de direitos humanos podem ser vistas

OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO

como limites que balizam a consciência moral da sociedade.

B. DA TRIPLA FÓRMULA DO PLANO ÉTICO AOS LIMITES

Configuramos a ética a partir de Ricoeur, como a visée, a mira, o sentido de “uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas”. Portanto, uma fórmula com três elementos.

1. O primeiro elemento é relativo à vida boa e “toda a ética supõe este uso não saturável do predicado bom”. Diz respeito a cada um de nós procurar viver de um modo que possa predicar como vida boa. Procedemos assim nas nossas práticas de vida, nos planos que desenhamos e na unidade narrativa que conferimos ao que vivemos – o que significa que formulamos o que entendemos por excelência ou por vida boa e comparamos o que julgamos ser a realização do nosso plano de vida. E o que interpretamos, torna-se contentamento e auto-estima de Si, quando consideramos que estamos a julgar e a agir bem, aproximando-nos de bem viver. Portanto, a ancoragem fundamental da vida boa é na praxis.

2. Com o segundo elemento da fórmula, «com e para os outros», estamos colocados em relação com outros, Outro sem o qual o Si não existe. Podem ser Outros a diferentes distâncias, conhecidos, amigos, amados – por isso, há Outro que representa para mim o “Tu como Eu mesmo” assim como há um Outro distante, sem rosto, que nunca conhecerei mas que existe no meu horizonte humano. Os seres humanos não se estimam sem a experiência de estimar o outro e inversamente, num eixo de dar e receber. Nem sempre há reciprocidade nesse eixo, ora pode traçar-se mais a autoridade da injunção do Outro (que no extremo-limite leva à anulação do Outro) ou mais, no extremo oposto, a compaixão e a solicitude. A amizade, que representa este plano, faz a transição entre o sentido de uma vida boa e a justiça.

3. O terceiro elemento da fórmula, «em instituições justas», traz-nos das relações interpessoais para a vida das instituições e uma nova determinação do Si surge de um duplo inquérito: da instituição como ponto de aplicação da justiça e da igualdade como conteúdo do sentido ético da justiça, designadamente, “cada um”. Sendo a instituição a estrutura do viver-conjunto de uma comunidade histórica, caracteriza-se fundamentalmente pelos usos e costumes comuns e não simplesmente pela existência de regras.

4. Retomemos agora a frase: «sentido de uma vida boa, com e para com os outros, em instituições justas». Pensemos que estes três elementos se podem apresentar numa estrutura análoga, como a estima de si, a solicitude pelo Outro e a justiça em relação a um terceiro. Se a ética procura responder à questão “Como quero viver?”, a vida boa, que é a da evitação da violência e da majoração do mundo humano, tem uma anterioridade antropológica da dimensão ética do ser humano e da vida. A ética reportando ao viver bem de cada Si, espelha-se nos atos realizados. Assim, compreende-se que as escolhas se podem identificar com destino pessoal: o destino que cada um dá a si mesmo, com o que vai fazendo de e com Si próprio. Assim, a vida

ética é o desejo de uma realização pessoal, com e para os outros, sob a virtude da amizade e, em relação com um terceiro, sob a virtude da justiça.

5. Cada pessoa constrói-se e ao seu projecto, com fundamento ontológico que inclui o Outro, na dimensão antropológica da sua finitude. Seres humanos, somos limitados e definimos os nossos limites, simultaneamente. Mais, a liberdade humana está situada dentro dos nossos limites – que são os do nosso corpo, da nossa natureza, do que sabemos e aprendemos, os do que queremos, entre outros. Dito de outra forma, o que somos, sabemos, podemos, queremos, persistimos em, desenham os nossos limites em cada momento. Temos uma estranha relação com os nossos limites, neste sentido de que nos definem e configuram ainda que também sejamos nós quem os escolhe e determina. E somos afetados pela temporalidade, quer no sentido das vivências refletidas que nos modificam, quer das capacidades biológicas que se alteram; somos afetados por nós mesmos, a ajuizar pelo que sabemos hoje sobre genética e neurociências, sem ser dispiciendo que nos afetamos pelas formas como nos lemos, ao Outro e ao Mundo.

C. ÉTICA DE ENFERMAGEM

Pensar uma ética regional, relativa a uma região do agir humano, requer que a enquadremos, ainda que brevemente, no campo de ação e situemos, depois, os elementos caracterizadores da práxis específica do enfermeiro.

1. A saúde é uma das condições mais decisivas para o desenvolvimento do plano de vida de cada pessoa - cada um de nós atribui-lhe um significado próprio e uma representação mental do seu estado de saúde. Cada projeto, individual ou coletivo, supõe que cada pessoa procura o equilíbrio e o bem-estar, atendendo às vertentes física, emocional, sociocultural e espiritual. Os cuidados de saúde são, atualmente, a expressão de cuidado profissional e institucionalizado, garantido a todos, em Portugal, por via da Constituição da República Portuguesa, que no Artigo 64 prescreve o direito à protecção da saúde, cuja dimensão ética deste direito pode traduzir-se quer em termos do acesso quer do melhor cuidado - ou seja, as pessoas têm direito de aceder a cuidados de saúde e a tomar decisão sobre o que lhes é proposto, associando o princípio da justiça como equidade e o princípio do respeito pela autonomia da pessoa. Do fundo ético da dignidade da pessoa decorre a afirmação da sua autonomia para escolher os seus projetos de vida, no seu contexto situado e associando responsabilidade e respeito pelo Outro, considerando as vulnerabilidades de cada um.

2. Os enfermeiros declararam o seu compromisso de cuidado às pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promoverem o bem-estar e a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados. A interação com a pessoa é fundamento dos cuidados de enfermagem, o estabelecimento de uma relação de ajuda, entendida como “troca (...) que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima

OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO

de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova". Troca, diz Phaneuf. Eixo de dar e receber, diria Ricoeur. As formulações de relação de ajuda parecem apontar para a valorização dos resultados da relação estabelecida e, para usar a expressão de Phaneuf, ultrapassar a superficialidade é importante para aceder ao espaço do Outro. É uma relação que começa assimétrica, iniciada por um pedido ou uma solicitação de ajuda, onde existe alguém que procura um alguém profissional. Pacto de cuidado entre o enfermeiro e a pessoa, pelo que a centralidade é na pessoa a cuidar, ancorado no reconhecimento da humanidade do Outro, da sua capacidade de pensar, de interagir, de se manifestar. No reconhecimento da dignidade e autonomia do Outro, portanto.

3. O enfermeiro age uma acção de cuidado, que se torna interação e relação. Mas não sempre [porque cuida de pessoas em coma, ventiladas, inconscientes]; por vezes um Outro de quem não pode realmente (re)querer participação em acção recíproca. Inter-acção ocorre quando possível. Relação é encontro- realiza-se na categoria "entre" [como em "encontro entre nós dois", "entre A e B"]. Efectiva-se, de modo próprio, em presença. O que a relação requer é presença, digamos assim- requer que o Outro permaneça e que, ao mesmo tempo, permaneça Outro. E ainda poderemos ampliar que esta presença pode não ser literal, em termos de presença física, mas presença do Outro, mesmo que através de meios de ligação (como as tecnologias, o telefone). Esta presença é temporal, ocorre num tempo, que lhe dá, ao mesmo tempo, a condição de possibilidade. Estar presente é um modo de ser de um ser, e é, também, o modo próprio em que se decide. Mas requer mais, para se distinguir de um encontro humano e tornar-se num encontro humano de traço profissional.

4. Os cuidados de enfermagem constituem-se como processo transpessoal e intersubjectivo e as relações de ajuda estabelecidas são multiformes, polissémicas, muito variáveis, conforme os intervenientes. Mesmo que a metodologia científica seja a mesma [chamamos-lhe processo de enfermagem], os instrumentos básicos de enfermagem não variem e a finalidade seja sempre promover o autocuidado, a autonomia, o desenvolvimento das potencialidades da pessoa ou acompanhar os processos de mudança, de crise e de morrer.

5. O centro da acção e o eixo estruturante da acção do enfermeiro é a Pessoa- em todos os atos, o desempenho dos enfermeiros realiza-se com a pessoa, para ela e por ela em alguns casos. Assim, os enfermeiros substituem, ajudam e complementam as competências funcionais das pessoas em situação de dependência, na realização das actividades de vida. A acção profissional de enfermagem é uma prestação de serviço, que é cuidado, colocando sempre pessoas face-a-face, numa transacção para a qual cada um se leva e da qual cada um sai com algumas alterações. Está-se sempre perante Si e Outro, numa ocasião em que se pretende cuidar e guiar-se por um ideal de protecção e preservação da vida, da humanidade.

6. Um momento de prestação de cuidados é sempre uma

possibilidade de transacção, de trans-acção entre o enfermeiro e a pessoa a quem são prestados cuidados. Se o conhecimento de enfermagem que o enfermeiro detém (e também enquanto condição para o exercício profissional) for aplicado indiferentemente do interlocutor, a natureza própria e a finalidade dos cuidados está claramente colocada em risco. É indispensável, é necessário, que a efectivação dos cuidados considere e responda às necessidades concretas de cada pessoa, família ou comunidade, que se entronque na justa transacção personalizada, transformando-se em cuidado equitativo. À luz da justiça, o cuidado profissional não pode ter outros limites senão os decorrentes dos princípios éticos, das normas deontológicas e legais enquadrados nas situações concretas, evidentemente reportando-se aos recursos em sentido lato (porque as pessoas são recursos para si mesmas e os profissionais funcionam frequentemente como recursos externos que pretendem mobilizar e catalizar os recursos internos). Assim, a universalidade e a integridade debatem-se com a evidente desigualdade em saúde, com a existência de pessoas, famílias, comunidades que se debatem pela sobrevivência assim como pela salvaguarda da sua dignidade.

7. No pensamento ético de Enfermagem e no desenvolvimento da atividade profissional, o Outro é o destinatário dos cuidados, o objeto da atenção. O Outro, que tanto me remete para uma ontologia do humano como para uma antropologia da morte. Vida do Outro, como a minha, que não bastasse ser finita, ainda acresce ser frágil. Neste sentido, o cuidado profissional do enfermeiro acompanha a vida – melhor, visa ajudar as pessoas a prosseguirem os seus projetos de vida e de saúde, a majorar o seu bem-estar e a promover a melhor qualidade de vida possível, do nascimento [e antes dele, durante a gravidez] até à morte [e mesmo depois dela, quer nos cuidados post-mortem, quer no suporte aos significativos na vivência da perda e do luto]. Em sentido último, reconhecimento prático e acção dirigida à pessoa, na sua dignidade. E entendendo-se o sentido de "à pessoa" para todas as situações, desde as que o enfermeiro realiza com as pessoas às que realiza em vez delas, para elas ou por elas.

D. LIMITES DO AGIR ÉTICO DO ENFERMEIRO

Podemos identificar um conjunto de elementos que se constituem como limites ao agir dos enfermeiros, a partir do sentido (ou finalidade) da autoregulação e dos contornos da acção profissional.

1. Pelos traços da acção profissional, que acabámos de descrever, a confiança, a delicadeza do aceder ao Outro, requer que se respeite a dignidade, que se garanta a protecção do Outro, pois que, no terreno da acção e em contexto de certeza, meios e fins não podem ser confundidos nem objetualizar-se o Outro. A relação enfermeiro-pessoa é uma interacção profissional e tem limites, tanto no eixo pessoal como existencial. Pois que a pessoa a cuidar não é, à partida, um amigo, pelo menos à maneira

OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO

aristotélica, mas um Outro próximo com o qual se estabelece um compromisso e pacto de cuidado, e, por outro lado, os cuidados têm limites, estabelecidos pelo sentido que o Outro lhes atribui e a expressão livre e esclarecida da sua vontade. Consideraria, assim, que a vontade do Outro, livre, informada, esclarecida, se constitui como limite à proposta de cuidados que lhe é apresentada pelo enfermeiro, pois que cabe ser parceiro e elemento central no projeto terapêutico.

2. A condição humana é marcada pela fragilidade, finitude, vulnerabilidade que (nos) coloca em necessidade, reclamando solicitude e equidade. E se a dignidade humana requer reconhecimento, respeitá-la significa promover a capacidade para pensar, decidir e agir. Pois que a autonomia se afirma na gestão dos limites. Quando a construção e expressão da vontade se materializa no agir quotidiano. E a vontade de cada um é colocável também como limite à ação do Outro, mesmo que este pretenda agir em seu benefício. Harmonizar o Eu e o Outro, interesses, vontades e convicções divergentes, torna-se um desafio especialmente nos territórios públicos. Jaspers formulava como «tolerância polémica» a que conduz à procura do acordo; Arendt afirmou que é esta tolerância que permite realizar a mediação dos conflitos, introduzindo a possibilidade do debate e da negociação para chegar a um acordo. Por isso, potencia uma reconfiguração de limites. O desenvolvimento de uma ética de respeito por Si e pelos Outros, na dimensão da tolerância activa que é necessária, há-de chegar ao reconhecimento da profunda ignorância que temos — cada um acerca de si, acerca dos outros e do mundo em geral — e da responsabilidade de conhecer-se e cuidar-se.

3. A deontologia, estudo dos deveres próprios de uma determinada profissão, pressupõe uma teoria geral da acção humana e tem a finalidade de garantir o bom exercício da profissão, disciplinar a actividade profissional. Da existência de deveres formalmente assumidos decorrem duas linhas diferentes e complementares: a necessidade de uma hermenêutica dos deveres e de uma pedagogia ética bem como a formulação e desenvolvimento da dimensão disciplinar.

4. As deontologias dos profissionais de saúde estabelecem os deveres; a liberdade no exercício da profissão, a responsabilidade pelos actos e a circunscrição do agir aos limites das qualificações e das competências aparecem como semelhantes na análise, ainda que sejam diversos os mandatos sociais das profissões. Seja como for, os quadros normativos de expressão deontológica afirmam-se como limites da ação dos profissionais. Enquanto enfermeiros, sabemos que a deontologia tem sempre em vista o imperativo de proteção do público e da segurança dos clientes, razões em que se fundam também as formulações das boas práticas e as normas de orientação clínica.

5. Como afirmámos (em §C7), o cuidado profissional tem os limites decorrentes dos princípios éticos, das normas deontológicas e jurídicas, enquadrados nas situações concretas, balizadas por dados da evidência e suporte científico. Notemos que as regras são referências que não podem substituir a tomada

de decisão, em contexto, face a uma pessoa. Aliás, face àquela pessoa concreta. A diversidade de situações e a alteridade das pessoas fundamentam a necessidade de adequar o cuidado (aqui, poderíamos entroncar agora as decisões ligadas ao final da vida, à manutenção de meios, à ponderação de razões para suspender ou não iniciar medidas terapêuticas inúteis, da futilidade e da distanásia). As *leges artis*, as regras da arte, que os ingleses definiriam como *standards of care* e os franceses como *des soins conformes aux donnés acquises de la science*, reportam a um padrão para comparação da conduta expectável em situação equiparável — ou seja, trata-se da conduta diligente que uma pessoa comum [o Direito diria “homem médio”] com idêntica qualificação e meios, teria tomado nas mesmas condições. O fundo das *leges artis* é científico, pelo que, em sentido estrito, os deveres não são parte das *leges artis* — até porque há deveres que requerem a excelência do exercício.

6. Na prática de atos de enfermagem parece claro que a exigência é de uma atuação que observe os deveres de cuidado. “Um juízo de censura ou de reprovação baseia-se no reconhecimento, perante as circunstâncias concretas do caso, de que o profissional não só devia como podia ter agido de outro modo”. Existe incumprimento se é cometida uma falta técnica, por acção ou omissão dos deveres de cuidado, conformes aos dados adquiridos da ciência, implicando o uso de meios humanos ou técnicos necessários à obtenção do melhor tratamento. Esta é a plataforma em que se reúnem os deveres profissionais, as *leges artis* e as boas práticas. Ou, se preferirmos, no respeito pelas *leges artis*, os profissionais estão adstritos ao cumprimento dos princípios éticos e dos deveres deontológicos, existindo também questões jurídicas associadas aos processos de cuidados.

7. O cuidado humano é o eixo que permite que seres humanos percebam e se reconheçam uns aos outros, alicerçando o compromisso profissional e, consequentemente, dele decorrendo uma responsabilidade profissional. Assinalemos que o sentido do cuidado humano é dirigido ao tomar conta, ocupar-se com o bem de outra pessoa, e emerge quando nos preocupamos com alguém, quando nos responsabilizamos, nos fazemos profissionalmente presentes. Funda-se num interesse pelo bem-estar do Outro, pelo despender atenção ao Outro. Profissionalmente, enquanto enfermeiros, assumimos o cuidado humano como respeitador da pluralidade e da diversidade, da multiculturalidade. Portanto, o cuidado não pode ignorar o Outro, nem a sua autonomia ou o seu desenvolvimento; não substitui o Outro quando ele precisa de apoio parcial antes promove o seu desenvolvimento e a otimização das suas capacidades. Entendemos que o cuidado faz a transição para a responsabilidade pois que o “exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”, visando, ao longo de todo o ciclo vital, (1) “prevenir a doença e promover os processos de readaptação”, (2) “promover a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização

OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO

das actividades da vida, considerando a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores” .

8. É a formulação da responsabilidade que configura o tomar conta. Contudo, a responsabilidade “é inerente ao papel assumido perante a sociedade” – portanto, decorre – ou seja, é consequente - de um compromisso profissional de cuidado humano. Se quisermos, formulado de outra forma, a responsabilidade é relativa a capacidade, a obrigação e a compromisso, direccionados para a perspectiva do agir presente e das consequências futuras - aqui, reconhecemos a clara influência de Hans Jonas, assim como o sentido ético da assumpção da palavra dada, da promessa feita, de um tomar conta de uma determinada zona de eficácia. Portanto, o que sou capaz de conhecer, pensar, realizar; as minhas competências (constituídas por conhecimentos, habilidades e atitudes) constituem-se como elementos delimitadores dos cuidados que sou capaz de prestar. Colocado numa certa perspectiva, Quem presta cuidados também faz parte dos limites dos cuidados.

9. A prestação dos cuidados vai-se desenvolvendo sob novas regras de organização hospitalar e nos cuidados de saúde primários até porque a Enfermagem exerce-se em contextos muito diversificados – os enfermeiros cuidam da Pessoa, quer se trate de cuidados de reparação “ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida”, ou de manutenção “ligados às funções de manutenção, de continuidade da vida”. E se existe uma perspectiva de que os cuidados de reparação são mais evidentes, de resultados a breve prazo, pode tornar-se consensual que os cuidados de promoção e protecção da saúde, sendo de médio e longo prazo, podendo estar mais despojados de reconhecimento imediato, são essenciais e apelam à responsabilidade pelo futuro.

10. O que acontece, na generalidade, é que face a uma situação a pessoa e o enfermeiro ajuizam, apreciam e julgam, de acordo com o seu quadro de valores, pessoais e profissionais. E nada deveria poder obrigar uma pessoa a aceitar contra sua vontade nem a agir contra a sua consciência. Por isso, a recusa livre e esclarecida e a objecção de consciência constituem-se como alternativas de escolha, após deliberação e procurando acautelar das consequências. É neste raciocínio que identificamos a clara relação entre o exercício da enfermagem e a cidadania e direitos humanos - porque o direito à vida e a cuidados de saúde são parte integrante dos direitos fundamentais e porque a Pessoa, que tem direito ao cuidado, se vulnerabilizada pela doença ou pela necessidade, continua a ser pessoa e cidadão; porque a intervenção de Enfermagem também visa aumentar a capacitação, o empowerment, das pessoas e aumenta a sua literacia para a saúde e as tomadas de decisão quanto aos projetos terapêuticos. Ao mesmo tempo que se inscreve num cenário de “defesa da liberdade e dignidade humana, da pessoa e do enfermeiro” .

E. A CONSCIÊNCIA DOS LIMITES E A SUA GESTÃO NO AGIR PROFISSIONAL

Os territórios da ação profissional apresentam-se com diversas geografias e geometrias variáveis, podendo ir da tomada de decisão sem complexidades de maior, a escolhas difíceis e recusas, limites provenientes dos intervenientes e dos contextos. E este escopo tem, necessariamente, de considerar as áreas de atuação do enfermeiro, como definidas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

1. Na relação com o Outro, o enfermeiro não pode mergulhar-se na dor e no sofrimento nem colocar-se à distância, em isolamento. Convocamos Ricoeur e a diferença entre sofrer para e pelo Outro para acrescentarmos o com o Outro. O cuidado situa-se no equilíbrio entre o isolamento e a substituição, ou, de forma mais extremada, entre o solipsismo e a apropriação. Assume roupagens diversas como o estabelecimento de uma relação de ajuda ou na prestação de cuidados de higiene e de conforto. Competentemente prestado e construído, respeita a pessoa, valoriza a autonomia e demonstra solicitude numa visão holística da pessoa, num olhar global. Não apenas dá, recebe e pode receber mais do que dá, pelo que afecta.

2. Mais do que (simplesmente) capazes de acção, enquanto enfermeiros somos agentes. Quando nos referimos aos nossos atos, eles têm (pelo menos na forma paradigmática) uma direcção para um propósito, foram sujeitos a deliberação, são objecto da nossa intenção, manifestação da nossa liberdade, alvo da nossa responsabilidade, sujeitos a avaliação moral e devem responder a exigências de inteligibilidade racional e de justificação. Ser-nos-ia assim clara a diferença entre o que fazemos e o que nos acontece, entre o que executamos e o que sofremos (o que suportamos). De forma semelhante, quando prestamos cuidados, houve antes um processo de diagnóstico de enfermagem, para o qual concorreu a avaliação inicial que fizemos, e há propósitos, objetivos, nos atos que realizamos, que sabemos fundamentar, que negociámos com a pessoa destinatária dos cuidados e que avaliaremos, preferencialmente em conjunto. Pode acontecer que, em algumas circunstâncias, seja equacionável a colocação de limite, por exemplo ao tratamento curativo .

3. Na prática clínica, a intenção de cuidado é anterior e estável nas diversas intervenções que realizamos. Como os juízos éticos influenciam as decisões de agir de uma ou de outra forma, há (ou haverá) pontos cruciais em que a vontade hesita ou em que diz não – aqui, o querer assume-se na negativa, na recusa. E mesmo que usemos a palavra consentir, o consentimento aporta a possibilidade de ter dissentido (e consentir ou dissentir representa-se com dizer sim ou dizer não). Consideramos poder existir uma hesitação da vontade como um período de dúvida e de suspensão da decisão – e aqui inscrevemos os problemas ou os dilemas, por exemplo, pois que, em alguns momentos, são escolhas difíceis que se nos apresentam.

4. A maioria dos enfermeiros tem grande intimidade com a

OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO

experiência de fazer [ou de suportar outros em] escolhas difíceis. Às vezes, dilemáticas - chamamos dilema quando dois ou mais caminhos possíveis se conflituam e temos de escolher um. O que seja mais certo para a pessoa, que decorre de um julgamento, reflexo do universo pessoal de referências. As convicções e certezas pessoais fundamentam as posições que cada um escolhe e ajudam a discernir mas, ainda assim, decidir desencadeia angústia, em situação dilemática. Em todas as escolhas, mas especialmente nas difíceis, a integridade e inteireza pessoal colocam-se face a face com a angústia do conflito. A premissa de partida apresenta-se na singularidade de ser de cada um - cada um vive nos contornos que pode suportar e naquilo que lhe vale a pena. E este é um conceito individualíssimo - o que, para cada um, vale a pena, vale o esforço, vale o sofrimento, de acordo com os seus valores. Cada pessoa constrói e desenvolve o seu próprio projecto de vida (e de saúde), sendo que aprender a fazer escolhas permeia todas as linhas e dimensões da vida. Por isso, os horizontes de significados têm de ser claros - ou seja, é preciso que cada um tenha a informação necessária para decidir, como ponto prévio e eixo de análise das consequências ou efeitos da decisão. Se considerarmos uma situação de cuidado, pode a pessoa - competente e capaz de decidir, informada e esclarecida sobre as decisões e as consequências - recusar o projecto de cuidados que lhe é proposto, dissentindo, assim como o profissional pode objectar, se e quando o que é solicitado a realizar algo, que, mesmo que aceite na sociedade, seja contra a sua consciência moral. Quer a resolução de um dilema, quer a gestão de uma recusa (seja dissentimento da pessoa, seja objecção do enfermeiro), dizem respeito a escolhas difíceis. Se os cuidados se destinam ao bem presumido de alguém, não é possível deixar essa pessoa fora do processo de tomada de decisão. Mesmo que, e sobretudo se, distinguindo entre a decisão estritamente técnica e a decisão de aceitação, recusa ou adiamento da proposta de cuidados que é feita e que é sempre anterior à realização. As pessoas de quem se cuida são parceiros dos cuidados (parceiro é um par, um semelhante, ao mesmo nível na tomada de decisão) ainda que, na verdade (e para além dos meros discursos) sejam o centro dos cuidados. Por exemplo, o respeito pela autonomia da pessoa requer o consentimento para a realização dos atos de Enfermagem

5. Em qualquer área de atuação do enfermeiro (seja na clínica, na investigação, na gestão, na assessoria, no ensino, na formação) a Deontologia Profissional, os Guias Orientadores de Boas Práticas, as Normas de Orientação Clínica, as guidelines e outros instrumentos, desenham os contornos dos limites, ao estabelecerem regras e normas do bem agir. O enfermeiro toma decisões, assentes em fundamentos (sejam eles de natureza clínica, científica, técnica, ética, deontológica, cultural, existencial) e assume responder pelos atos e pelas consequências.

6. E quando pensamos em responsabilidade, também existe a consciência de que pode acontecer termos de responder por uma acção censurável, uma falta ou um ato que devia estar

previamente balizado por um dever que incumpre. Das raízes de uma acção negligente (seja imprudência, omissão, imperícia) resulta que existe uma acção que falha a sua possível natureza excelente (seja por fazer mal feito, por fazer errado, por não fazer) - dessa acção, que incumpre o que seria suposto e desejável, resulta que se causa um dano ou prejuízo. Não basta o nexo causal entre o ato e o efeito, é preciso nominalmente ser imputada a um Quem que agiu e a configuração daquilo a que estava obrigado e é necessário que se estabeleça a previsibilidade do resultado. No caso do enfermeiro, as boas práticas, além da exigência ética, têm referenciais deontológicos (e entenda-se como referencial o conjunto de elementos que formam um sistema de referência - portanto, que guiam a acção, orientam as escolhas). E se as normas não prevêm - nem poderiam - o justo por excelência, têm de ser olhadas em contexto e circunstância.

7. O profissional considera-se e sente-se responsável - sabe-se encarregar de uma missão específica, em concreto, uma responsabilidade de cuidado. Ainda que, seguindo uma linha aristotélica, não se trate de cair num pessimismo fatalista que integra a totalidade dos efeitos nem de um lavar as mãos sejam quais forem as consequências. Entre o excesso e o defeito, a desproporção e o vazio, joga-se a procura consciente e séria do que se atribui a si mesmo, naquilo a que Ricoeur chamou uma "moral da medida". A responsabilidade precisa de limites para não cair no fatalismo ou na impotência. Não se é responsável por tudo, seria o impenhorável do ilimitado. Não se pode carregar toda a dor ou toda a culpabilidade do mundo até porque, em consequência e no limite, não se é responsável nem culpado de nada. Ser responsável também tem limites internos, na capacidade de Quem age prever o que acontece depois, na criatividade para resolver problemas e na gestão das situações difíceis.

8. E do exercício profissional decorre, também, além do complexo enquadramento das decisões, a não menos complexa gestão dos depois. Perguntar pelo «depois» é, naturalmente, indagar o que sucede após os atos, ou seja, as consequências dos agidos. E há, habitualmente, um depois, na sequência, dir-se-ia expectável, que nos traz do querer à intenção, daqui à deliberação e decisão, desta ao ato e deste ao resultado. Não tão linearmente como esta descrição possa fazer parecer - seria quase predizer que da boa intenção se segue a boa acção e que desta se segue um bom resultado e vice-versa. O que, sabemos hoje, não é bem verdade.

9. A possibilidade de quebrar a promessa de cuidado levanta as questões da falibilidade e da falta, assim como as da culpa e sentimento de culpabilidade, do arrependimento e do remorso. O sentimento de culpabilidade não é sinónimo de falta mas antes a consciência pesada, a consciência de ter realizado atos com graduação menos. Enquanto a culpa efetiva se pode objetivar, o sentimento de culpa tem ressonância interior, mesmo que não haja nenhuma acusação externa. Reconhecer-se culpado resulta de se pensar que se agiu mal - o processo é de auto-observação, auto-acusação e auto-condenação, se quisermos.

OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO

A culpa nasce da consciência de saber como e quando agiu mal e suportar o facto. A culpabilidade tem (ou pode ter) uma dimensão verdadeiramente positiva: ao reflectir sobre a medida da sua falta e os limites das suas capacidades, a pessoa fica mais auto-consciente, mais atenta. Quando alguém se equivoca, se engana, e aprende, transforma-se. De certa forma, as vivências da consciência, da insatisfação e inquietação, produzem (ou têm o potencial para produzir) maturação existencial. O arrependimento, afirmou Descartes, “é uma espécie de tristeza proveniente de se julgar que se praticou qualquer má ação; e é muito amarga, porque a sua causa procede apenas de nós” ou, à maneira de Espinosa, “uma tristeza acompanhada pela ideia de algo mal que fizemos por livre decisão”.

10. O arrependimento é o reconhecimento da culpa em ter agido errado por decisão própria. Notemos que arrepender-se se relaciona com o escopo da liberdade e da decisão de cada um – assim, e como exemplo, não posso arrepender-me de um desejo pois a minha estrutura volitiva não é passível de controlo mas posso arrepender-me de ter procurado afirmar esse desejo na realidade, quando podia livremente tê-lo rejeitado. Montaigne, de resto, coloca a questão a partir do conhecimento e julgamento de si mesmo considerando que o “arrependimento não é mais que uma retratação da nossa vontade e uma contradição das nossas fantasias, que nos passeiam em todos os rumos”.

11. As ações de cada um são reguladas e conformes a cada um e à sua condição – não poder fazer mais, de acordo com Montaigne, não dá lugar ao arrependimento mas ao pesar. O arrependimento pode ser “pensado simplesmente em termos que não envolvam mais do que a consciência retrospectiva de que a vontade foi mal formada – por exemplo, se nos arrependemos agora de algo que fizemos é porque nos apercebemos agora de que realmente não o queríamos ter feito. Pensado assim, então não é necessário que o arrependimento envolva qualquer espécie de consideração moral.”. Já o remorso é de natureza diferente - sentir remorso por algo que se fez inclui ter consciência de não querer o que se realizou; o remorso implica uma consciência que leva a ajuizar como errada a intenção do que se fez. Provavelmente, arrependimento e remorso parecem semelhantes no dia-a-dia-sobretudo, se pensarmos que o arrependimento, ao pressupor o remorso, se torna “arrependimento ético”, até porque ambos (quer o arrependimento, quer o remorso) dizem respeito à intenção que tínhamos ao agir - daí o proverbial “de boas intenções está o (caminho para o) inferno cheio”.

12. A subordinação do arrependimento e do remorso à avaliação pessoal não deixa de poder relacionar-se com a apreciação dos Outros, sendo que do lado de fora de cada um se vêem as ações (e não as intenções). De um modo geral, tanto o sentimento de culpabilidade como o arrependimento e o remorso, podem ser lidos a partir de um compromisso moral assumido e da integridade pessoal – e se é a possibilidade de quebra do compromisso que introduz a temática da culpabilidade e do sentimento de culpa, a integridade pessoal requer um juízo e uma manutenção de Si. Há uma certa hermenêutica da moral em cada um que faz com que ajuizemos sobre os agidos, quer do ponto de vista das intenções,

quer das ações e consequências. Sabendo que nem sempre uma acção boa conduz a um bom resultado. Sem querermos correr o risco de desmentir o honorável Kant, pode pensar-se que há diferença entre a máxima geral e a especificação pelas circunstâncias - ou, dizendo de outro modo, poderemos realizar um juízo segundo os princípios (que se abre à discussão sobre a adequação das normas às singularidades das situações complexas) ou realizar um juízo sobre as regras (que assenta numa interpretação padrão da norma e pré-selecciona os dados da situação). Ainda assim, interrogamos sempre a capacidade de juízo, porque (ainda que anterior) releva para a realização do próprio juízo.

13. Notemos, porém, que o depois dos atos pode também ser, e frequentemente é, o território da satisfação e da alegria, da estima de Si. Da satisfação do dever bem cumprido. A alegria como outro nome a dar à felicidade, desafia-nos Savater. Quando o depois se torna uma espécie de nó-górdio do sentido da vida profissional. E usamos aqui “sentido da vida” tanto na invocação de uma direcção (que formula sentido na caminhada) como no significado que damos aos agidos, concebidos para um determinado fim, na intenção que os anima. “O que é próprio do “sentido” de alguma coisa é que remete intencionalmente para outra coisa que não ela própria: para os propósitos conscientes do sujeito, para os seus instintos e, em último caso, para a autoconservação, auto-regulação e propagação da vida”, afirma Savater. Cada um vive para alcançar a plenitude da (sua) vida. Se quisermos, pode dizer-se de outro modo, que nos sabemos mortais e imperfeitos e, ainda assim, a alegria ativamente afirma e assume a vida, soubemos que fizemos a diferença neste e naquele momento. Sentido é algo que nós damos à (nossa) vida, nas diversas configurações que para ela escolhemos ou vamos re-criando.

14. O exercício da profissão de enfermeiro expressa-se num habitar da vida e na manutenção do compromisso de cuidado. Se quisermos, a consolidação da responsabilidade fiduciária dos enfermeiros emerge de forma tripla: enraizada na confiança, decorrente de uma promessa de cuidado, manifesta no tomar a seu cargo - e estes elementos, interligados, só se deixam provar numa duração. Em todos os depois, ainda que requeiram tempos diferentes, uns mais curtos, outros mais longos. Não raramente a avaliação do depois também varia no tempo... E do tempo diz-se que passa, independentemente da vontade, e nos torna depositários de memórias sendo que, pelo percurso, se põe à prova a identidade de cada um, o sentido da permanência. Em cada biografia profissional existem cemitérios privados e canteiros de flores; e se a história individual potencia sabedoria prática, o desafio é sempre viver o tempo presente na tensão entre um apressado, exigente e, às vezes, desabrido agora e as escolhas ponderadas. O desafio profissional da excelência pode bem ser, ao mesmo tempo, prenúncio e eco – antecipação para o que conseguimos prever, ressonância das probabilidades e incertezas, representação da humildade que importa cultivar e da segurança e poder que o exercício competente aporta.

OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO

CONCLUSÕES

EM JEITO DE CONCLUSÃO

1. Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro foi o tema que procurei explorar, com o sentido de agregação das dimensões ética, deontológica, prática do exercício profissional. Que, pela própria natureza da profissão, estreita laços com questões existenciais e antropológicas.

2. “Eu sou eu e minha circunstância, e se não a salvo a ela, não me salvo a mim”, afirmou Ortega y Gasset. Viver as coisas sabendo que as coisas vividas se integram, apropriam, passam a fazer parte de Si na convivência consigo, os Outros e o Mundo. Salvar a circunstância é compreendê-la, ligar as coisas, dar-lhes significado, na irreduzível consciência que a circunstância me constitui ainda que não determine per si. Quem sou, quem é cada um de nós, inclui a realidade circunstancial, que é histórica, temporal, mutável, assim como as decisões que tomamos e os percursos que escolhemos. Portanto, Eu sou a partir da minha circunstância, pode bem ser uma síntese em que exercito a minha liberdade de tornar-me pois viver é interpretar-se e projetar-se - os projetos e os planos de vida, como afirmou Ricoeur. A vida humana é concreta, com limites individuais, desenvolvida em inter-relação, inter-subjetividade, associada aos limites da relação com os Outros e o Mundo. De certa forma, os limites científicos, técnicos, jurídicos, sociais, políticos comungam de uma afinidade, a de se instalarem na esfera das possibilidades da vida pública- dito de outra forma, podemos definir os nossos limites, sabendo que “nem tudo o que é científico e tecnicamente possível, é eticamente adequado”; ou nem tudo o que se pode fazer numa sociedade, pode ser igualmente valorado por cada pessoa singular.

3. No exercício da atividade profissional, identificamos diversos limites, provenientes da ética de Enfermagem e do quadro deontológico, das melhores práticas, no melhor estado da arte, visando a excelência do exercício, assim como a vontade expressa da pessoa capaz (seja na fórmula do consentimento ou das diretivas antecipadas de vontade), do sentido que atribui aos cuidados e ao projeto terapêutico. A questão dos limites necessários à vida com os Outros articula-se com a dos limites estabelecidos em Si e para si, na vida pessoal e profissional.

4. Temos claramente definidos os limites dos interditos - de certa forma, são mais estruturantes as regras negativas, do que não se pode fazer (não mentir, não roubar, não matar, por exemplo) e os custos da violação do interdito, do proibido. Notemos que uma das vantagens da clareza dos interditos é a da clareza dos limites; porque se sabe quais são e onde estão ou, na melhor das hipóteses, que lá estão, ainda que sujeitos a hermenêutica, como acontece com os limites da investigação em seres humanos ou dos deveres profissionais. E parece claro que importa respeitar os limites que dizem respeito a proteger a dignidade, a autonomia, a integridade e a vulnerabilidade das pessoas.

5. O que desafia na ideia de limite pode bem ser, em primeiro,

o questionamento sobre a sua validade, a sua existência, o seu fundamento, para decidir o que fazer com aquele limite. Se identifico limites nas minhas competências, ao fazer a análise da atividade profissional, posso superá-los, com a formação, o treino. Se me confronto com limites à minha ação, pela vontade expressa das pessoas que pretendo cuidar, posso refletir sobre as fontes das dificuldades e procurar os critérios de ação que mais respeitem o Outro (e a mim mesma, na ação). A compreensão dos limites e o entendimento em reduzi-los, expandi-los, mantê-los, decorre do nosso questionamento que, naturalmente, tem relação com a nossa consciência, convicções e Self bem como o desenvolvimento profissional e as finalidades de cuidados da nossa atividade. E desafia-nos a desenvolver e a refletir mais profundamente, a (re)significar o que agimos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arendt, H. Sobre a revolução (On Revolution, 1963). 1ª ed. Lisboa: Relógio d'Água Editores, 2001. p. 278.
2. Habermas, J. Comentários à ética do discurso (Erläuterungen zur Diskursethik, 1991). Lisboa: Instituto Piaget, 1999. p. 22.
3. Habermas J. The inclusion of the Other. Studies in Political Theory (Die Einbeziehung des anderen. Studien zur politischen Theorie, 1996). 3ª ed. Cambridge: MIT Press, 2001. p. 100.
4. Idem, p.168.
5. Heidegger, M. An Introduction to Metaphysics (Einführung in die Metaphysik, 1929) Yale University Press, 2000. p. 160 .
6. Arendt, H. A condição humana, (The Human Condition, 1958). 1ª ed. Lisboa: Relógio d'Água Editores, 2001. p.78.
7. Arendt, H. Sobre a revolução (On Revolution, 1963). 1ª ed. Lisboa: Relógio d'Água Editores, 2001, p. 230.
8. Ricœur, P. Soi même comme un autre (SMCA), Paris: Éditions du Seuil, 1990, p. 211.
9. Ricoeur, P. SMCA, p. 203.
10. Idem, p. 227.
11. Cf. Nunes, L. Ética de Enfermagem. Fundamentos e horizontes. Loures: Lusociência, 2011.
12. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos, art.º 5.9- “A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.”
13. Phaneuf M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta, 2004. p 324.

OS LIMITES DO AGIR ÉTICO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO

14. Nunes L. Justiça, Poder e Responsabilidade. Articulação e mediações nos cuidados de enfermagem. Loures: Lusodidacta, 2005. p. 418.

15. De entre as teorizações de enfermagem que nos afetam, neste pensamento, reconhecemos a influência de vários autores. Jean Watson, Parse, Hildegard Peplau, Zerad & Paterson, mas também com tom de fundo que ressoa a Collière. O cuidar como encontro com o Outro e o tecer laços de confiança, afirma Hesbeen. O cuidado transpessoal que inclui a dimensão espiritual, com Watson. O cuidado como reparador e mantenedor, essencial à vida, de Collière. O cuidado que apela a uma presença de ser autêntico, em que as relações interpessoais se constituem como instrumentos do cuidado, com Peplau. O relacionamento enfermeiro- pessoa e o seu intuito principal que é a qualidade de vida sob a perspectiva da pessoa, conforme Parse.

16. Sobre o assunto, cf. Renaud M. «Antropologia da morte». Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética. ISSN: 0874-4696. n.º 40. (2006). 129-142.

17. Cf. Nunes, et all. Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

18. Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra. Processo 1594/04.7TBLRA.C1. Nº Convencional: JTRC. Relator: Jaime Ferreira. Actos médico-hospitalares responsabilidade civil por danos danos não patrimoniais. Data do Acórdão: 05/06/2008

19. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento concetual. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 8.

20. Idem, p. 9.

21. Cf. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, artigo 99, nº 3, alínea c).

22. Collière, Marie-Françoise- Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: SEP, 1989, p. 66.

23. Cf. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, artigo 99, nº 1.

24. “L'ex-cession, l'excessif se concentrent dans le nouvement de la proximité à la substitution, c'est-à-dire du souffrir par autrui, au souffrir pour autrui. » (Ricoeur, P. Autrement. Lecture d'Autrement qu'être ou au-delà de l'essence d'Emmanuel Levinas, Paris: Presses Universitaires de France, 1998, p.23).

25. Cf. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. Revista Bioética, v. 16, n. 1, p. 41-50, 2008.

26. Da Metafísica à Moral (De la Metaphysique à la Morale. Intellectual autobiography of Paul Ricoeur, 1995). Lisboa: Instituto Piaget, 1997, p. 60.

27. Ricoeur coloca três questões: Do que é que sou culpado? Relativamente a quem? Que poderia fazer?.

28. Descartes, R. As paixões da alma. Art.191.

29. Espinosa, B.- Ética III, Definição 27.

30. Montaigne. Ensaaios. Do Arrependimento. (Liv. III, Cap. II) “Ninguém mais sabe, senão tu mesmo, se és covarde e cruel, ou leal e devotado. Os outros não te vêem: adivinham-te por conjeturas incertas. Eles vêem não tanto a tua natureza como a tua arte. Pois que assim é, não te atendas ao julgamento deles: atém-te ao teu.”

31. Barata, A. Agir por dever e ética formal. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2008. Coleção Artigos LusoSofia.p.18. In http://www.lusosofia.net/textos/barata_andre_agir_por_dever_etica_formal.pdf

32. Idem, p. 19.

33. Savater, F. As Perguntas da Vida. Lisboa: Publicações Dom Quixote, pp. 267-275.

A ETICIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR, INFLUÊNCIA DO GRUPO PROFISSIONAL E MODELO IMPLEMENTADO
ETHICITY IN HOSPITAL MANAGEMENT, THE INFLUENCE OF THE PROFESSIONAL GROUP AND THE IMPLEMENTED MODEL

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 eticidade caracteriza aquele que age de maneira ética e moral, ou seja, diz respeito à aptidão para exercer a função ética, atuando em sintonia com princípios e valores, sobretudo o respeito pela dignidade da pessoa humana e a promoção do bem comum. O comportamento ético na gestão hospitalar é um investimento estratégico, funcionando como marketing de valores para os clientes da Unidade de Saúde.

OBJETIVO

Analisar a relação entre a eticidade dos profissionais de saúde, em funções de gestão hospitalar, com o grupo socioprofissional e o modelo de gestão implementado.

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 perspectiva dos utilizadores dos hospitais estudados e, posteriormente, compará-la com a dos gestores.

PALAVRAS-CHAVE

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

A ETICIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR, INFLUÊNCIA DO GRUPO PROFISSIONAL E MODELO IMPLEMENTADO

ABSTRACT

INTRODUCTION

Ethicity is the characteristic of those who act in an ethical and moral way. It concerns the aptitude to practise the ethical function, acting in line with principles and values, mainly the respect for human dignity and the promotion of the common good. Ethical behavior in hospital management is a strategic investment, working as a marketing value for customers in the Health Unit.

OBJECTIVE

Analyze the relationship between the ethics of health professionals, in hospital management functions, with the socio-professional group and the implemented management model.

METHODS

A cross-sectional correlation research design was used for this study with a sample of 421 health professionals with management functions in 25 Hospitals in the North Zone of Portugal, by applying the Questionnaire of Ethicity in Hospital Management, with the following dimensions: Costs and ethics; Ethical weighing; Ethical decision; Accountability and quality; Economical and ethical restrictions; and Ways to limit costs.

RESULTS

In the perception of health professionals, the highest levels of Accountability and quality occur in managers from private hospitals and Private Institutions of Social Solidarity (IPSS). As for costs and ethics, managers from hospitals with public-private partnership management have a higher average, compared to others in hospitals with Corporate Public Entity, IPSS and private management models. Compared to the three other socio-professional groups (doctors, administrators and others), nurses clearly show higher values of Ethical weighing and Economical and ethical restrictions.

CONCLUSIONS

The results show a significant relationship between the socio-professional group, the implemented management model and the ethicity levels in management, favorable to nurses. These hospital organization variables, with an impact on the managers' ethical behavior, recommend that the reforms in the health sector become promoters of ethicity in hospital management.

KEYWORDS

Ethicity; Bioethics; Hospital Management; Management Model.

INTRODUÇÃO

Existem questões éticas e bioéticas que emergem na gestão de Unidades de Saúde em geral e, em especial, nos hospitais.

A Bioética é um saber inter e transdisciplinar em permanente construção que, nos cuidados de saúde, de forma holística, se ocupa do cuidado profissional, responsável e solidário, quer seja no domínio da investigação científica envolvendo pessoas, quer no contexto assistencial, institucional e da política de saúde. Por isso, “a bioética procura a fundamentação da ação, através da reflexão sobre os princípios que determinam o agir humano [...]” (Neves, 2004, p.156)¹.

A gestão do Serviço de Saúde deve ser assumida com seriedade e responsabilidade, porque os cuidados prestados encontram a sua legitimidade no respeito do princípio de equidade, qualidade, eficiência, efetividade e aceitabilidade, o que supõe uma liderança efetiva (Mezomo, 2001)².

Flores (2009)³ distingue a ética das instituições de saúde em duas vertentes: de caráter normativo e preventivo com a sua estrutura, protocolos, procedimentos e processos; e a bioética clínica, sobretudo contextual e casuística. Esta atende às relações interpessoais e à tomada de decisões clínicas concretas, as quais têm repercussão imediata na vida e saúde da pessoa doente.

Aponta, ainda, as áreas da ética nas organizações de saúde como sendo a bioética clínica, as questões económicas e de gestão, a reflexão sobre os valores e ajuda no sentido de que a organização os expresse no planeamento estratégico e, ainda, a dimensão educativa.

A sociedade assenta nos valores do respeito, tolerância, amor, solidariedade, justiça, verdade e responsabilidade, sendo que, ao gestor em saúde, em geral, e nos hospitais, em particular, acresce a responsabilidade de atender à observância de elevados padrões de ética, no exercício da gestão. Se a dimensão ética e antropológica deve estar subjacente a toda a atividade humana, no Hospital, considerando a vulnerabilidade das pessoas que a ele acorrem, torna-se ainda mais premente. E “a ética não consiste noutra coisa, senão na realização de valores” (Gracia, 2006, p.461⁴; 2013a, p.254)⁵.

Assumimos a perspectiva de Zoboli e Fracolli (2006)⁶, quando afirmam que os cuidados de saúde têm lugar em instituições, as quais utilizam instrumentos e formas de gestão que deverão ter como foco de atuação as pessoas, gerindo impulsionados por valores finais.

Para Massarolo e Fernandes (2010)⁷, “a ética deve ser considerada como parte essencial da política da Organização

A ETICIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR, INFLUÊNCIA DO GRUPO PROFISSIONAL E MODELO IMPLEMENTADO

e imprescindível para o seu desenvolvimento e crescimento, uma vez que a opção por valores que humanizam o processo de trabalho e a relação com os clientes traz benefícios para a própria empresa e para a sociedade” (p. 13). Dado que a nossa época coincide com uma crise de valores e esta crise é antropológica, ecológica e económica, é necessária criatividade aos gestores, em geral, repensando que estratégias terão que adotar a fim de se conseguir o desenvolvimento humano integral da pessoa e dos povos.

Constitui objetivo deste artigo transmitir a percepção dos gestores que participaram no estudo e evidenciar a relação entre a eticidade destes profissionais de saúde com o grupo socioprofissional e o modelo de gestão hospitalar implementado. A conceção e a relevância deste estudo advêm do facto de a pesquisa em bases de dados ter demonstrado carência de estudos relacionados com a ética da gestão em saúde, em geral e em particular acerca da eventual relação entre o grupo profissional, o modelo de gestão implementado e os índices de eticidade na gestão. Estas lacunas de investigação tornam o nosso estudo de clara pertinência no atual contexto social e político do Setor da Saúde.

MÉTODOS

Metodologicamente, a presente pesquisa identifica-se como um estudo de tipo correlacional, de abordagem quantitativa e desenho transversal onde se recorre à estatística descritiva e inferencial.

PARTICIPANTES

Foram convidados a participar no estudo todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde e os hospitais convencionados com o Ministério da Saúde, no âmbito do sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia, da Zona Norte de Portugal, num total de 47, tendo 25 autorizado o acesso aos profissionais em funções de gestão. Neste contexto, a amostra acidental é constituída por 421 profissionais que exercem funções de gestão em Serviços/Unidades de Cuidados, Departamentos/Unidades de Gestão e Conselhos de Administração hospitalares, do Serviço Nacional de Saúde e de hospitais convencionados com o Ministério da Saúde, com diferentes modelos de gestão, representativos dos Setores Público, Privado e Social, tendo sido a modalidade de recrutamento dos participantes condicionada pela anuência prévia do primeiro responsável em cada um dos Hospitais. Nesta amostra encontram-se representados os três níveis de gestão (estratégico, intermédio e operacional) e quatro grupos socioprofissionais (Administradores, Médicos, Enfermeiros e Outros que correspondem à Coordenação de Áreas Técnicas).

INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS

Para a recolha de dados utilizamos o Questionário Eticidade da

Gestão Hospitalar (QEGH), construído e validado pela autora (Rego, Araújo & Serrão, 2014),⁸ com bom índice de consistência interna (alfa de Cronbach de 0.74). Trata-se de um instrumento de medida multidimensional, 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) e por um total de 37 itens, com um formato de resposta de tipo likert, com 5 opções de resposta (1 - Nunca; 2 - Poucas vezes; 3 - Algumas vezes; 4 - Frequentemente; e 5 - Sempre).

Neste estudo apresentamos os resultados dos testes utilizados relativamente a uma hipótese de que: “Os enfermeiros em funções de gestão em hospitais com modelo de gestão de Entidade Pública Empresarial (EPE) deverão apresentar índices mais elevados de eticidade na gestão hospitalar do que os Administradores, os Médicos e os Coordenadores de Áreas Técnicas”.

A aplicação do QEGH aos gestores hospitalares decorreu no período de julho a dezembro de 2011, após prévia autorização dos Conselhos de Administração das Instituições de Saúde, sob parecer favorável das respetivas Comissões de Ética. Em cada hospital, a aplicação do inquérito por questionário, foi efetuada através de um elemento de ligação indicado por cada instituição, a fim de evitar a identificação dos inquiridos.

Dado o formato tipo likert dos itens do QEGH, assumimos os somatórios dos referidos itens de cada dimensão, tomando, assim, o estatuto de variáveis intervalares. Admitiu-se significância estatística para valores de $p < 0.05$, com um intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram analisados a partir do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows (versão 22.0).

RESULTADOS

Da caracterização da nossa amostra, constatamos que o grupo profissional preponderante 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. No que se refere 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 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 (IPSS) 5.2%. Apresentamos, de seguida, os resultados que demonstram

A ETICIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR, INFLUÊNCIA DO GRUPO PROFISSIONAL E MODELO IMPLEMENTADO

a relação entre o grupo profissional, o modelo de gestão e os índices de eticidade dos profissionais de saúde na gestão hospitalar.

Partimos do pressuposto de que os enfermeiros em funções de gestão em hospitais com modelo de gestão de Entidade Pública Empresarial (EPE) deverão apresentar índices mais elevados de eticidade na gestão hospitalar do que os Administradores, os Médicos e os Coordenadores de Áreas Técnicas.

Por outras palavras, os enfermeiros deverão apresentar em média melhores condições promotoras da eticidade na gestão hospitalar relativamente aos outros profissionais de saúde. Assim, no Quadro nº 1 apresentamos os valores resultantes da análise descritiva nas dimensões do QEGH. Para facilitar a leitura e a compreensão dos resultados sem se perder a coerência de conjunto da análise descritiva (médias e desvios-padrão) nas dimensões do QEGH, considerámos quatro grupos na variável “modelos de gestão hospitalar” [G1 - Privado; G2 - Entidade Pública Empresarial (EPE); G3 - Parceria Público-Privada (PPP); e G4 - Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)] e quatro grupos na variável “grupo profissional” (Médico, Enfermeiro, Administrador e Outro). Para a análise da significância estatística das diferenças encontradas, procedemos a uma análise de variância através da MANOVA (plano 4x4), de forma a observarmos os efeitos de interação das variáveis sobre as várias dimensões da eticidade na gestão hospitalar.

Quadro 1 - Resultados da análise descritiva nas dimensões do QEGH, segundo o grupo profissional e o modelo de gestão hospitalar

Dimensões	Grupo profissional	Modelo de gestão hospitalar	M	DP	N
Responsabilidade e qualidade	Médico	G1	29.7	2.52	3
		G2	28.8	3.97	87
		G3	25.9	3.01	13
		G4	27.5	3.54	2
	Enfermeiro	G1	30.8	3.56	9
		G2	28.5	3.83	147
		G3	25.9	4.28	25
		G4	29.8	3.08	10
	Administrador	G1	30.6	3.11	8
		G2	27.4	3.99	20
		G3	29.3	2.06	4
		G4	31.3	2.52	3
	Outro	G1	31.7	3.39	6
		G2	29.1	3.24	57
		G3	25.5	4.40	20
		G4	33.7	2.43	7
Formas de limitar os custos	Médico	G1	24.3	1.53	3
		G2	23.9	3.95	87
		G3	25.5	3.91	13
		G4	21.5	2.12	2
	Enfermeiro	G1	24.9	1.45	9
		G2	23.5	3.75	147
		G3	24.1	3.92	25
		G4	24.8	3.82	10
	Administrador	G1	25.4	2.20	8
		G2	23.8	3.27	20
		G3	21.5	3.87	4
		G4	24.0	5.29	3
	Outro	G1	24.3	1.75	6
		G2	24.3	3.33	57
		G3	24.1	3.87	20
		G4	25.7	2.75	7

Ponderação ética	Médico	G1	24.7	.58	3
		G2	25.9	3.34	87
		G3	24.6	4.19	13
		G4	24.0	4.24	2
	Enfermeiro	G1	25.6	2.45	9
		G2	25.5	3.17	147
		G3	27.5	2.08	25
		G4	27.3	4.16	10
	Administrador	G1	24.8	2.05	8
		G2	24.1	4.07	20
		G3	22.7	3.91	4
		G4	22.1	2.42	3
	Outro	G1	25.0	3.29	6
		G2	24.3	4.10	57
		G3	22.0	4.52	20
		G4	23.1	2.85	7
Custos e ética	Médico	G1	28.7	4.51	3
		G2	31.9	2.60	87
		G3	33.4	1.85	13
		G4	29.0	2.83	2
	Enfermeiro	G1	29.6	2.74	9
		G2	31.1	2.66	147
		G3	31.8	2.04	25
		G4	31.8	3.08	10
	Administrador	G1	30.0	2.56	8
		G2	30.1	3.24	20
		G3	32.3	1.71	4
		G4	33.3	2.08	3
	Outro	G1	28.2	3.66	6
		G2	29.6	3.40	57
		G3	31.7	2.23	20
		G4	29.6	2.76	7
Restrição económica e ética	Médico	G1	10.0	1.73	3
		G2	11.1	2.54	87
		G3	11.2	2.23	13
		G4	9.0	.00	2
	Enfermeiro	G1	11.1	1.17	9
		G2	10.4	2.56	147
		G3	10.9	2.52	25
		G4	12.3	1.57	10
	Administrador	G1	11.1	1.46	8
		G2	10.3	1.77	20
		G3	10.3	2.63	4
		G4	10.0	3.46	3
	Outro	G1	9.0	1.79	6
		G2	10.0	2.55	57
		G3	10.2	2.37	20
		G4	9.6	2.51	7
Decisão ética	Médico	G1	21.3	2.52	3
		G2	21.8	3.06	87
		G3	22.2	4.71	13
		G4	20.5	.71	2
	Enfermeiro	G1	20.6	3.01	9
		G2	21.2	3.09	147
		G3	21.6	3.85	25
		G4	21.9	3.60	10
	Administrador	G1	22.1	1.73	8
		G2	22.7	3.01	20
		G3	23.3	3.10	4
		G4	22.7	1.16	3
	Outro	G1	21.5	1.87	6
		G2	22.0	3.00	57
		G3	22.3	3.47	20
		G4	22.9	2.85	7

Olhando os valores do Quadro 1, verificamos que em quatro dimensões do QEGH (Responsabilidade e qualidade, Formas de limitar os custos, Custos e ética, e Decisão ética), os valores das médias alcançadas pelos grupos considerados são superiores ao valor intermédio (determinado a partir do cálculo do produto

A ETICIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR, INFLUÊNCIA DO GRUPO PROFISSIONAL E MODELO IMPLEMENTADO

entre o número de itens e o valor médio de resposta na escala likert), tomado para cada uma das dimensões. Na dimensão Ponderação ética, são os Administradores e os Outros gestores (Coordenadores de Áreas Técnicas Clínicas e não Clínicas) dos hospitais com modelo de gestão de Parceria Público-Privada e Instituição Particular de Solidriedade Social que apresentam as médias mais baixas. Por seu lado, os gestores, independentemente do grupo profissional e do modelo de gestão hospitalar, apresentam resultados inferiores ao ponto intermédio na dimensão Restrição económica e ética.

A dispersão dos resultados aparece com valores mais elevados nas dimensões Formas de limitar os custos (entre 1.45 e 5.29) e Ponderação ética (entre 0.58 e 4.52).

Duas dimensões do QEGH apontam um efeito estatisticamente significativo de interação da variável “modelo de gestão hospitalar” na diferenciação dos resultados: dimensões Responsabilidade e qualidade ($F=7.212$; $p=.00$) e Custos e ética ($F=6.62$; $p=.00$). No Gráfico n.º 1, ilustramos o efeito de interação da variável “modelo de gestão hospitalar” na dimensão Responsabilidade e qualidade. A interação aponta para uma maior diferenciação nas médias entre os gestores em funções em hospitais privados e IPSS (médias de 30.7 e 30.6, respetivamente) e os que exercem em hospitais com modelo de gestão EPE e PPP (médias de 28.4 e 26.6, respetivamente), sempre favorável aos gestores em funções em hospitais privados e IPSS do setor social. Assim, níveis mais elevados de Responsabilidade e qualidade ocorrem junto dos gestores que exercem funções em hospitais dos setores privado e social.

No Gráfico n.º 2, ilustramos o efeito de interação da variável “modelo de gestão hospitalar” na dimensão Custos e ética. Tal interação indica uma maior diferenciação nas médias entre os gestores em funções em hospitais PPP ($M=32.3$) e os que exercem em IPSS e hospitais com modelo de gestão EPE e Privado (médias de 30.9; 30.7; e 29.1, respetivamente), favorável aos gestores em funções em hospitais com PPP. Assim, níveis mais elevados de Custos e ética ocorrem junto dos gestores que exercem funções em hospitais com PPP.

Gráfico 1 – Interação do modelo de gestão hospitalar na dimensão Responsabilidade

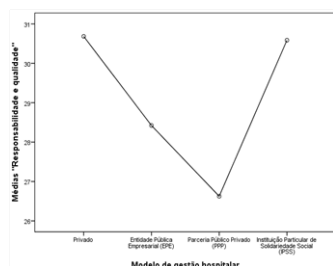
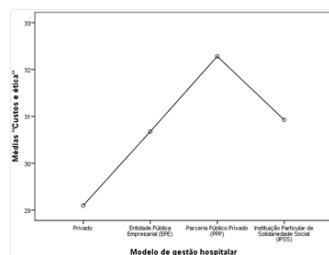


Gráfico 2 – Interação do modelo de gestão hospitalar na dimensão Custos e ética



nas dimensões Ponderação ética ($F=3.92$; $p=0.01$) e Restrição económica e ética ($F=3.28$; $p=0.02$). No Gráfico n.º 3, apresentamos o efeito de interação da variável “grupo profissional” na dimensão Ponderação ética. A interação indica uma maior diferenciação nas médias dos enfermeiros ($M=26.5$), comparativamente com os outros grupos profissionais (Médico, $M=24.8$; Outro, $M=23.6$; e Administrador, $M=23.4$, respetivamente), sempre favorável aos enfermeiros em funções de gestão. Assim, níveis mais elevados de Ponderação ética ocorrem junto dos enfermeiros gestores. Por outro lado, verificamos resultados claramente inferiores na dimensão Restrição económica e ética por parte dos profissionais de saúde em funções de gestão.

O efeito de interação das variáveis grupo profissional na dimensão Restrição económica e ética está representado no Gráfico n.º 4. A interação vai no sentido de uma maior diferenciação nas médias entre o grupo profissional dos enfermeiros ($M=11.2$), sempre favorável aos enfermeiros. Assim, os resultados na dimensão Restrição económica e ética são mais baixos junto dos outros profissionais em funções de gestão hospitalar.

Gráfico 3 – Interação do grupo profissional na dimensão Ponderação ética

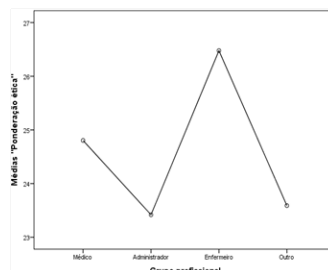
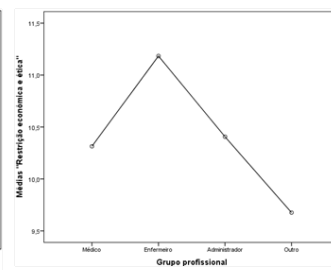


Gráfico 4 – Interação do grupo profissional na dimensão Restrição económica e ética



Em síntese, níveis mais elevados de Responsabilidade e qualidade ocorrem junto dos gestores que exercem funções em hospitais privados e IPSS. Quanto aos Custos e ética, são os gestores que exercem funções em hospitais com PPP que apresentam médias mais elevadas, relativamente aos outros em funções em hospitais com modelos de gestão EPE, IPSS e Privado. Os enfermeiros são os profissionais de saúde em funções de gestão que apresentam, face aos outros três grupos, valores claramente mais elevados de Ponderação ética, e Restrição económica e ética.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que níveis mais elevados de responsabilidade e qualidade ocorrem junto dos gestores que exercem funções em hospitais privados e IPSS. Uns e outros têm necessidade de fidelizar os clientes, fazendo a diferença pela qualidade dos serviços que prestam e de agir de acordo com as leis do mercado num mundo globalizado e, cada vez mais, competitivo. São, constantemente, pressionados pela

Constatamos, também, que o efeito de interação da variável “grupo profissional” se revelou estatisticamente significativo

A ETICIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR, INFLUÊNCIA DO GRUPO PROFISSIONAL E MODELO IMPLEMENTADO

concorrência e exigências dos consumidores dos cuidados de saúde. No entanto, também no âmbito de uma nova filosofia para o setor público, Bilhim (2000)⁹ aponta como sendo a sua missão prestar um bom serviço a um preço ou taxa baixa, dando ao cliente uma maior qualidade ao menor custo. Ou seja, os principais desafios que se colocam à Administração são a melhoria de gestão dos recursos, incluindo os instrumentos e as ferramentas e a manutenção do equilíbrio que otimize a relação entre produtividade, equidade e qualidade de prestação de serviços (Correia, 2002).¹⁰

Os gestores que exercem funções em hospitais com PPP apresentam médias mais elevadas relativamente aos outros que exercem em hospitais com modelos de gestão EPE, IPSS e Privado, no que concerne aos custos e ética. Pensamos que este posicionamento se pode dever ao facto de terem vivenciado uma maior transição inevitável, ao passar diretamente do modelo Setor Público Administrativo (SPA) para a filosofia da gestão privada na Parceria Público-Privada (PPP).

A dignidade da Pessoa gera direitos inalienáveis que os profissionais de saúde respeitam. Também os enfermeiros têm nos seus ideais o compromisso com a vida cuidando com as exigências que a perspetiva holística confere. É neste contexto que os resultados obtidos, através da opinião dos enfermeiros, sugerem existir a integração de valores, sobressaindo a ponderação das questões éticas nas práticas de gestão em enfermagem, talvez porque, desde longa data, têm investido na formação pré e pós-graduada em ética, convictos de que “a construção de valores é o objetivo fundamental de toda a vida que mereça ser qualificada como especificamente humana” (Gracia, 2011, p. 176¹¹; 2013b, p. 241).¹²

Os enfermeiros, face à necessidade de atuar com restrição económica, interrogam-se, talvez mais, acerca da “ética” nos cuidados de saúde, tendo em consideração que o reduzido predomínio dos valores éticos face a uma política mundial economicista suscita reflexões e questionamentos, atendendo a que a economia deve estar ao serviço da pessoa humana, não é a pessoa que se sujeita à economia. Ora, “se a atenção é dirigida, em primeiro lugar à pessoa, se a promoção da pessoa é integral, em todas as suas dimensões” (Papa Francisco, 2014),¹³ então a restrição económica não se sobrepõe aos critérios éticos. Sabemos que existe um conflito entre a economia e a efetivação de um estado social, cujo impacto na vida das pessoas não é displicente.

CONCLUSÕES

A análise descritiva e inferencial dos dados evidenciou resultados que afirmam existir relação entre o grupo profissional, o modelo de gestão implementado e os índices de eticidade na gestão. Aquela variável de organização hospitalar com impacto no agir ético dos gestores, recomenda que as reformas no setor da saúde sejam promotoras da eticidade na gestão hospitalar. Considerando que níveis mais elevados de Ponderação ética

ocorrem junto dos enfermeiros gestores, possivelmente decorrente da formação inicial e avançada, tanto no âmbito da ética como da gestão, sugerimos especial atenção dirigida às chefias de áreas técnicas como das áreas não clínicas as quais encontrariam contributos para a gestão ética se tivessem acesso a ações de formação de curta duração, no âmbito da ética e da gestão. A aquisição de conhecimentos e competências na área da ética pode, mesmo, permitir melhorar a gestão de Unidades de Saúde, sendo um imperativo para todos os profissionais. Além de possibilitar uma melhor integração na complexidade das organizações a que pertencem, adequam o seu agir à evolução das organizações.

Repensar a organização do Hospital em função de uma ética da responsabilidade implica substancialmente definir e reforçar o sentido de pertença de todos os agentes, efetuar o planeamento em parceria, dirigido às verdadeiras necessidades dos utilizadores dos cuidados de saúde, estabelecendo critérios de qualidade e económico-financeiros capazes de garantir a reta distribuição dos recursos disponíveis. Ora, para que os cuidados de saúde sejam referenciados por valores éticos, cada ator em saúde (gestor, investigador ou prestador de cuidados), quer seja a nível individual ou integrado nas equipas, tem de ser coerente, impondo a si próprio os padrões morais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Neves, M.C.P. (2004). *Ética, moral, deontologia e bioética; conceitos que pensam a acção*. In: Neves, M.C.P., & Pacheco, S. (Coord.). Para uma Ética de Enfermagem. Desafios (pp. 145-157). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- ² Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos*. Brasil: Editora Manole.
- ³ Flores, F. J. R. (2009). *Gestion Hospitalaria y Justicia Social*. In: Brito, J.H.S. (Coord.) *Ética, Justiça e Cuidados de Saúde*. Braga: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia.
- ⁴ Gracia, D. (2006). *Ética profesional y ética institucional: convergencia o conflicto?* Revista Española de Salud Pública. 5 (80), 457-467.
- ⁵ Gracia, D. (2013a). *Construyendo valores*. Vol. 7. Madrid: Triacastela, Colección Logos.
- ⁶ Zoboli, E.L.C.P., & Fracolli, L.A. (2006). *A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento*. O Mundo da Saúde, 30(2), 312-317.
- ⁷ Massarolo, M. C. K. B., & Fernandes, M.F.P. (2010). In: Kurcgant, P. (Coord.). *Gerenciamento em Enfermagem*. 2ª ed., Rio Janeiro: Guanabara Koogan.

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 Bilhim, J.A.F. (2007). *Gestão estratégica de recursos humanos*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

¹⁰ Correia, F. M. (2002). *Medidas de Desempenho da Gestão Pública - Economia, Eficácia e Eficiência*. Jornal do Técnico de Contas e da Empresa, 444, 275-283.

¹¹ Guillén, D. G. (2011). *La cuestión del valor*. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.

¹² Gracia, D. (2013b). *Valor y precio*. Vol.6. Madrid: Triacastela, Colección Logos.

¹³ *Papa Francisco (2014). Mensagem do Papa Francisco para o Dia Mundial do Migrante e do Refugiado*. Acedido: http://w2.vatican.va/content/francesco/pt/messages/migration/documents/papa-francesco_20130805_world-migrants-day.html

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 perspectiva 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 perspectiva 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. Demonstrem, 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 direccionam-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

ÉTICA E HUMANIZAÇÃO EM HOSPITAIS: PERCEÇÃO DOS GESTORES

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., Parciannello, 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.

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

59 N°2 | REVISTA SERVIR | 2016 | 31 - 39

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
VALIDATION OF THE QUESTIONNAIRE FOR MAPPING OF ETHICAL KNOWLEDGE IN NURSING STUDENTS*Madalena Cunha^{1,5}**Maria do Céu Cunha²**Teresa Rodrigues³**Celso Nunes⁴*Estudantes do 25^oCLE¹¹CI&DETS, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu²Agrupamento de Escolas de Sátão³Agrupamento de Escolas Cidade do Entroncamento⁴Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE⁵CIEC, Universidade do Minho, Portugal**RESUMO****INTRODUÇÃO**

A construção e validação de instrumentos válidos que permitam obter informações sobre o Conhecimento Ético, é necessária, uma vez que se torna essencial que o enfermeiro pense, reflita e oriente a sua prática de acordo com o seu respetivo código deontológico.

OBJETIVO

Descrever o processo de validação do Questionário Mapeamento do Conhecimento Ético (QMCE).

MÉTODOS

Participaram 85 estudantes de enfermagem, com média de idades de 20,96 anos. Foi analisada a consistência interna e a validade de constructo. O Questionário Mapeamento do Conhecimento Ético (Cunha et al., 2013), é constituído por 4 Partes: Parte I: Dados Biográficos e Académicos, Parte II: Modo de Agir, Parte III: Escala Tipologia dos Valores (ETV), Parte IV: Escala Valores/Deveres e Éticos (EVDE).

RESULTADOS

O alfa de Cronbach final da Escala Tipologia dos Valores (alfa=.839), revelou uma boa consistência interna, assim como os da Escala Valores/Deveres e Éticos (alfa=.870). Os estudantes apresentaram na sua maioria um nível de conhecimento positivo, na Parte III Escala Tipologia dos Valores (ETV) e Parte IV: Escala Valores/Deveres e Éticos (EVDE), respetivamente com 50.6% e 55.3%.

CONCLUSÕES

As propriedades psicométricas do Questionário Mapeamento do Conhecimento Ético certificam a sua qualidade, enquanto instrumento a utilizar na avaliação do nível de conhecimento ético dos estudantes de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE

Estudantes; Enfermagem; Conhecimento Ético.

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

ABSTRACT

INTRODUCTION

The construction and validation of valid instruments which allow us to obtain data about the Ethical Knowledge are essential in order for any nurse to think, reflect and guide their practice according to the deontological code.

OBJECTIVE

To describe the process of validation of the Questionnaire for Mapping of Ethical Knowledge (MQEK).

METHODS

85 nursing students, with an average age of 20.96 years ($Dp=3.03$). The internal consistency and the construct validity were analysed. The Questionnaire for Mapping of Ethical Knowledge (Cunha et al., 2013), consists of 4 parts, Part I: Biographic and Academic Data, Part II: Way of acting, Part III: Scale of Typology values and lastly (STVL), Part IV: Scale of Values/Duties and ethics (SVDE).

RESULTS

The Scale of Typology values Cronbach's alpha ($\alpha=.839$), revealed a good internal consistency, as well as the Scale of Values/Duties and ethics ($\alpha=.870$).

The students showed, in its majority, a positive level of knowledge, namely in Part III Scale of Typology values and lastly (STVL) and Part IV: Scale of Values/Duties and ethics (SVDE), in which students exhibited positive values of 50.6% and 55.3%, respectively.

CONCLUSIONS

The psychometric proprieties of the Questionnaire for Mapping of Ethical Knowledge certify its quality as an instrument to be used in the evaluation of the level of Ethical Knowledge amongst nursing students.

KEYWORDS

Students; Nursing; Ethical Knowledge;

INTRODUÇÃO

O conhecimento em saúde e a formação ética que são segundo Sclyar (2007) tudo aquilo que contribui para que o profissional pense, aja e reaja às situações profissionais com uma determinada forma ou padrão de atitudes, atravessam o mundo do profissional de saúde e do estudante e contribuem para uma prática de cuidados de qualidade promotores de bem-estar (Finkler, Caetano & Ramos, 2012).

Enquanto disciplina do conhecimento relativo ao cuidado humano, a enfermagem debruça-se sobre a prestação de cuidados às pessoas, às famílias, aos grupos e à comunidade. No âmbito desta prática profissional, o enfermeiro é confrontado com problemas que exigem, frequentemente, a tomada de decisões suportadas em fundamentos apropriados a um agir ético (Fernandes, 2010). Inerente a esse agir ético estará, portanto, uma reflexão crítica sobre o comportamento humano, a qual visa, justamente interpretar e investigar valores, princípios morais (Rosenstock et al., 2011).

Assim, o conhecimento ético no contexto da prática de enfermagem, engloba comportamentos e ações que, por sua vez, envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes no sentido de favorecer as potencialidades do ser humano com a finalidade de manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (Rosenstock et al., 2011).

É com base nestes fundamentos e no facto da vivência profissional ser geradora de novas exigências éticas para fazer face às necessidades da atual sociedade multicultural, que a

enfermagem reconhece a necessidade de educar para os valores éticos, tornando-se essencial que o enfermeiro reflita, pense e oriente a sua prática de acordo com o seu respetivo código deontológico. Só assim, será possível suportar e desenvolver os cuidados de enfermagem no respeito pela vida, dignidade e direitos humanos, garantindo a liberdade da pessoa humana e a qualidade da assistência à saúde / doença / morte (Rosenstock et al., 2011).

Neste âmbito, de acordo com Berger (2001) como citado por Ferla (2013), o grande desafio da educação deste século está em aliar o desenvolvimento científico e tecnológico à expansão da consciência do ser humano sobre as dimensões pessoais e transpessoais da sua existência e o seu papel como cidadão.

O currículo da formação em enfermagem já integra conteúdos de âmbito humanista, ético e científico, de forma a apelar ao pensamento crítico, promotor do desenvolvimento integral da pessoa e do profissional. Este tipo de formação fomenta, portanto, a reflexão e a aplicação da ética no contexto prático (Castro, Barroso & Almeida, 2012).

Partindo do pressuposto de que o conhecimento ético interfere categoricamente na prática da profissão, e ainda de que são necessários instrumentos válidos que permitam obter informações sobre o conhecimento ético, o objetivo deste estudo psicométrico foi avaliar o grau de precisão das diferentes subescalas que compõem o "Questionário do Mapeamento Ético". Assim, este artigo visa divulgar a validação de um questionário de avaliação do conhecimento ético em estudantes de enfermagem, transmitindo os níveis de conhecimento dos

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

mesmos.

MÉTODOS

O estudo de natureza metodológica, teve como finalidade proceder à análise psicométrica do Questionário intitulado Mapeamento do Conhecimento Ético (QMCE) de Cunha; Cunha, MC.; Rodrigues, & Nunes (2013). Este é um instrumento que se destina a identificar os saberes sobre o conhecimento ético.

O QMCE é constituído por 4 partes, a Parte I relativa aos Dados Biográficos e Académicos, sendo esta constituída por 5 questões. A Parte II relativa à Avaliação do Agir e escolha das Ações, apresenta 4 afirmações: “Na sua ação o indivíduo deve...”; “Perante situações de dilema ético moral, as pessoas devem...”; “Uma ação é eticamente boa se...”; e ainda “Os valores ético morais...”. A Parte III relativa à Escala Tipologia dos Valores integra as seguintes Subescalas: Valores Éticos; Valores Políticos; Valores Estéticos e Valores Religiosos, com um total de 23 itens. Por fim, a Parte IV diz respeito à Escala Valores/Deveres e Ética, cujas Subescalas são: Virtudes; Princípios éticos; Valores Éticos e Deveres, com um conteúdo de 47 itens. Foi realizado o estudo da consistência interna para a Escala Tipologia dos Valores- Parte III e Escala Valores/Deveres e Ética- Parte IV do QMCE.

Para o estudo de validação do QMCE recorreu-se a diversas técnicas estatísticas para avaliar a sua precisão, nomeadamente, o teste de correlação de Pearson entre cada item e a categoria a que pertencem. Para avaliar a consistência interna determinou-se o coeficiente alfa de Cronbach que permite calcular a forma como os diferentes itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator ou método das metades (Split-half), ou seja, permite estimar até que ponto cada item da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. O coeficiente será mais elevado se a escala comportar vários itens. Assim, a consistência interna refere-se à homogeneidade e coerência das respostas dos inquiridos da escala a cada um dos itens que a compõem e avalia a correlação e a covariância de todos os itens da escala ao mesmo tempo (Maroco, 2014).

A validade corresponde ao grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados pelos itens específicos da escala, permite a confirmação de que os instrumentos utilizados garantem que se atinjam resultados coerentes e passíveis de serem aceites numa determinada investigação. Existem vários critérios sobre os quais a validade pode ser estimada, designadamente validade de constructo, validade de conteúdo e a validade de critério. A mais utilizada é a validade de constructo e para a sua determinação utiliza-se a análise fatorial dos itens e dos resultados. No estudo em causa não foi possível efetuar a análise fatorial, uma vez que a amostra era reduzida, motivo pelo qual a escala foi analisada quanto à sua validade de conteúdo (Pestana & Gageiro, 2009). Considerou-se ainda como

critério, que os itens com correlações inferiores a .20 seriam eliminados (Streiner & Norman, 1989 como citado em Costa et al., 2012).

AMOSTRA E PROCEDIMENTOS

A população alvo foi constituída, como já referido, por estudantes da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). A amostra objetiva foi selecionada tendo por base uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência integrando 85 participantes, 72 do género feminino (84.7%) e os restantes do género masculino (15.3%). A média das idades foi de 20,96 (Dp=3.03) anos.

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da ESSV, tendo a colheita de dados sido autorizada pelo Presidente da ESSV.

Uma vez realizada a colheita de dados, em que voluntariamente participaram os estudantes que deram o seu contributo, procedeu-se ao tratamento estatístico através do programa IBM SPSS Statistics 22.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO

Para o estudo da validação do QMCE efetuou-se a determinação do alfa de Cronbach, uma vez que este é considerado a medida de consistência interna por excelência (Maroco, 2014). O artigo descreve o estudo psicométrico das escalas Tipologia dos Valores, Parte III e Valores/Deveres e Ética, Parte IV.

ESCALA TIPOLOGIA DOS VALORES DO QMCE: PARTE III

Reportando-se aos resultados da fiabilidade da Escala Tipologia dos Valores, no quadro 1 são apresentados os valores obtidos nas estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações entre cada item. Numa primeira avaliação todos os itens apresentavam um valor correlacional superior .200 exceto os itens 3, 6 e 11 a 17, motivo pelo qual foram excluídos. Perante os resultados da segunda avaliação o item 9 foi igualmente excluído, ficando assim a Escala Tipologia dos Valores do QMCE composta por 13 itens. De acordo com a terceira avaliação, verifica-se que os valores de correlação variam entre .227 para o item 10 (Pureza) e .759 para o item 21 (Lealdade). A determinação do coeficiente de alfa de Cronbach indica-nos para todos os itens uma consistência boa, a oscilar entre .808 para o item 21 (Lealdade) e .847 para o item 10 (Pureza). Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades (Split-half) verificou-se que o valor é igualmente bom para a segunda metade (.890), enquanto que na primeira o valor é fraco (.628). A percentagem de variância explicada através do coeficiente de determinação (r^2), indica que o item 21 (Lealdade) é o que apresenta maior variabilidade (57,6%).

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Quadro 1 – Estatísticas e alfa de Cronbach relativas à Escala Tipologia dos Valores do QMCE: Parte III

Nº Item	Conteúdo dos Itens	Média	Desvio Padrão	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
				r item/total	α	r item/total	α	r item/total	α
1	Justiça	.69	.47	.380	.765	.360	.829	.371	.138
2	Igualdade	.79	.41	.315	.769	.276	.833	.284	.081
3	Imparcialidade	.83	.38	.158	.778	-	-	-	-
4	Liberdade	.80	.41	.291	.770	.312	.831	.312	.097
5	Democracia	.39	.49	.472	.758	.553	.815	.561	.315
6	Cidadania	.85	.36	.072	.782	-	-	-	-
7	Pluralismo	.68	.47	.300	.770	.358	.829	.375	.141
8	Bem comum	.82	.39	.303	.770	.365	.827	.371	.138
9	Perfeição	.23	.42	.214	.775	.179	.839	-	-
10	Pureza	.71	.46	.253	.773	.243	.836	.227	.052
11	Santidade	.97	.18	.034	.779	-	-	-	-
12	Sagrado	.98	.15	.007	.779	-	-	-	-
13	Harmonia	.52	.50	.165	.780	-	-	-	-
14	Belo	.99	.11	.105	.777	-	-	-	-
15	Feio	.93	.25	.161	.776	-	-	-	-
16	Sublime	.72	.45	.028	.787	-	-	-	-
17	Trágico	.31	.47	.080	.785	-	-	-	-
18	Solidariedade	.26	.44	.646	.747	.663	.807	.662	.438
19	Honestidade	.23	.42	.732	.742	.755	.802	.749	.561
20	Verdade	.30	.46	.708	.741	.730	.802	.739	.546
21	Lealdade	.26	.44	.678	.744	.748	.801	.759	.576
22	Bondade	.13	.33	.403	.765	.465	.822	.464	.215
23	Altruísmo	.28	.45	.565	.752	.537	.816	.516	.266
Coeficiente Split-half				Primeira metade = .628					
				Segunda metade = .890					
Coeficiente alfa Cronbach global				.839					

Os parâmetros de validade e consistência das Subescalas, Valores Éticos e Valores Políticos da Escala Tipologia dos Valores, Parte III do QMCE, expõem-se no quadro 2.

Para a Subescala Valores Éticos os resultados sugerem uma consistência interna fraca com valores de Alfa a oscilar entre .519 e .629. Comparativamente, para a Subescala Valores Políticos, pelos coeficientes de alfa observados verifica-se uma boa consistência interna, sendo que o maior valor corresponde ao item Bondade (.898) e o menor ao item Lealdade (.849). Nesta subescala observa-se que o maior valor correlacional se situa no item Lealdade ($r=.837$) sendo este o que apresenta maior variabilidade (70,1%) em relação aos restantes itens. O item que apresenta menor correlação e menor variabilidade é o item Bondade ($r=.508$), explicando 25,8%. Através da exclusão dos itens anteriormente efetuada, a Subescala dos Valores Religiosos ficou constituída pelo item 10 (Pureza), motivo pelo qual não foi possível determinar o valor de alfa de Cronbach.

Quadro 2 - Estatísticas e valores de alfa de Cronbach para as Subescalas Valores Éticos e Valores Políticos relativas à Escala Tipologia dos Valores – QMCE: Parte III

Nº Item	Subescalas da Escala Tipologia dos Valores Parte III do QMCE	Média	Desvio Padrão	r item/total	r2	α
Valores éticos						
1	Justiça	.69	.47	.358	.128	.607
2	Igualdade	.79	.41	.313	.098	.622
4	Liberdade	.79	.41	.291	.085	.629
5	Democracia	.38	.49	.562	.316	.519
7	Pluralismo	.68	.47	.351	.123	.610
8	Bem comum	.82	.39	.371	.138	.603
Valores políticos						
18	Solidariedade	.26	.44	.707	.450	.871
19	Honestidade	.23	.42	.833	.694	.851
20	Verdade	.30	.46	.796	.634	.856
21	Lealdade	.26	.44	.837	.701	.849
22	Bondade	.13	.34	.508	.258	.898
23	Altruísmo	.28	.45	.579	.335	.892

No quadro 3 são apresentados em síntese os valores de alfa de Cronbach por subescalas da Escala Tipologia dos Valores, Parte III do QMCE e o número de itens que as compõem. Como se pode observar o valor de alfa é bom para a Subescala Valores Políticos e fraco para os Valores Éticos. Quanto aos coeficientes de bipartição para a Subescala Valores Políticos a primeira parte apresenta uma consistência interna boa e a segunda parte uma consistência interna razoável.

Quadro 3 – Valores de alfa de Cronbach para as Subescalas Valores Éticos, Valores Políticos e Valor global referentes à Escala Tipologia dos Valores – QMCE: Parte III

Subescalas da Escala Tipologia dos Valores - Parte III – do QMCE	Nº itens	(Split-half)		Alfa de Cronbach
		Parte 1	Parte2	
Valores Éticos	6	.480	.640	.644
Valores Políticos	6	.870	.710	.890
Valor global da Escala Tipologia dos Valores, Parte III – do Questionário: MCE	12	.628	.890	.839

Inferre-se existir uma boa convergência/discriminação, pois, todos os itens apresentam valores de correlação de Pearson com a escala a que pertencem superiores aos dos valores com a escala a que não pertencem. Quanto à Subescala Valores Éticos o item 5 é aquele que apresenta maior correlação ($r=.756$), apresentando uma variabilidade de 57,2%, já o item 10 é aquele que apresenta menor correlação ($r=.173$), apresentando uma variabilidade de 3,0%. Na Subescala Valores Políticos os valores da correlação oscilam entre .198 para o item 2 e .895 para o item 21, apresentando uma variabilidade de 3,9% e 80,1% respetivamente. (cf. Quadro 4).

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Quadro 4 – Validade convergente/ discriminante relativas à Escala Tipologia dos Valores – QMCE: Parte III

Nº Item	Conteúdo dos Itens	Valores éticos	Valores religiosos	Valores políticos
1	Justiça	.601***	.178*	.284**
2	Igualdade	.536***	.115	.198*
4	Liberdade	.518***	.052	.267*
5	Democracia	.756***	-.027	.483***
7	Pluralismo	.598***	.161	.299**
8	Bem comum	.574***	.158	.280**
10	Pureza	.173	1.000***	.217*
18	Solidariedade	.407***	.265*	.806***
19	Honestidade	.452***	.226*	.890***
20	Verdade	.465***	.248*	.870***
21	Lealdade	.490***	.150	.895***
22	Bondade	.338**	-.064	.623***
23	Altruísmo	.301**	.165	.715***

n.s. p>.05

* p<.05

** p<.01

*** p<.001

NÍVEIS DE CONHECIMENTO RELATIVO À ESCALA TIPOLOGIA DOS VALORES

A classificação dos participantes em função dos níveis de conhecimento pressupôs a criação de grupos de Coorte. Estes foram construídos a partir do cálculo da média $\pm$ 0.25 desvio padrão, uma vez que os dados apresentam uma distribuição normal. O resultado destes cálculos permitiram agrupar os participantes em 3 grupos: Nível Insuficiente cujo valor é inferior ou igual a 5; Nível Razoável entre 5 a 7 exclusive e Nível Bom para valores superiores ou iguais a 7. O estudo do nível do conhecimento ético em estudantes de enfermagem na Escala Tipologia dos Valores mostrou que 50.6% dos estudantes apresenta conhecimento ético positivo e que 49.4% apresentam conhecimentos insuficientes. Pela análise do valor de Chi Square, verifica-se não existirem diferenças estatísticas significativas entre os gêneros para os diferentes níveis de conhecimentos (Chi Square = .685 α = .710). (c.f. Quadro 5)

Quadro 5 – Nível de Conhecimento Ético relativo à Escala Tipologia dos Valores em função do gênero – QMCE: Parte III

Nível de Conhecimento Ético	Feminino		Masculino		Total		Chi Square	p
	n	%	n	%	n	%		
Insuficiente	35	48.6	7	53.8	42	49.4	.685	.710
Razoável	12	16.7	1	7.7	13	15.3		
Bom	25	34.7	5	38.5	30	35.3		
Total	72	100.0	13	100.0	85	100.0		

ESCALA VALORES/DEVERES E ÉTICA – QMCE: PARTE IV

Reportando-se aos resultados da fiabilidade da Escala Valores/ Deveres e Ética (EVDE) Parte IV: no quadro 6 são apresentados os valores obtidos nas estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações entre cada item. Verifica-se que os valores da correlação são maioritariamente superiores a .20, exceto os itens 10, 25, 37, 39, 40, 41, 43 e 47 que, face ao critério definido foram eliminadas a partir da primeira avaliação. Pelo que toda a restante avaliação da consistência interna da Escala ficou remetida a 39 itens. A determinação do coeficiente de alfa de Cronbach, indica-nos para todos os itens uma boa consistência interna, a variar entre .863 para o item 20 e e .870 para o item 46. Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades (Split-half) verificou-se que o valor é igualmente bom para a primeira metade (.810) e razoável para a segunda (.782). A percentagem de variância explicada através do coeficiente de determinação (r^2), indica que o item 20 é o que apresenta maior variabilidade (28,3%).

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Quadro 6 – Estatísticas e Alfa de Cronbach relativas à Escala Valores/Deveres e Ética (EVDE) – QMCE: Parte IV

Nº Item	Conteúdo dos Itens	Média	Desvio Padrão	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação		
				r item/total	α	r item/total	α	r item/total	α	α
1	Dignidade	.60	.49	.312	.859	.331	.867	.322	.104	.868
2	Igualdade	.46	.50	.326	.859	.329	.867	.341	.116	.867
3	Liberdade	.48	.50	.374	.858	.372	.866	.367	.135	.867
4	Verdade	.57	.50	.340	.859	.347	.867	.337	.114	.867
5	Lealdade	.64	.48	.354	.858	.363	.866	.365	.133	.867
6	Solidariedade	.63	.49	.373	.858	.365	.866	.368	.135	.867
7	Honestidade	.62	.49	.365	.858	.381	.866	.385	.148	.866
8	Bondade	.47	.50	.274	.860	.275	.868	.281	.079	.869
9	Altruismo	.41	.50	.352	.858	.356	.866	.349	.122	.867
10	Vida Humana	.53	.50	.111	.863	-	-	-	-	-
11	Excelência	.64	.48	.282	.860	.300	.868	.303	.092	.868
12	Castidade	.49	.50	.382	.858	.382	.866	.373	.139	.867
13	Simplicidade	.83	.38	.388	.858	.384	.866	.388	.151	.867
14	Bondade	.87	.33	.298	.860	.319	.867	.314	.099	.868
15	Generosidade	.87	.33	.271	.860	.295	.868	.290	.084	.868
16	Desprendimento	.54	.50	.360	.858	.372	.866	.373	.139	.867
17	Prudência	.76	.43	.294	.860	.319	.867	.354	.125	.867
18	Temperança	.76	.43	.447	.857	.449	.865	.465	.216	.865
19	Moderação	.70	.46	.458	.857	.455	.865	.469	.220	.865
20	Diligência	.53	.50	.496	.856	.523	.863	.532	.283	.863
21	Objetividade	.39	.50	.439	.857	.434	.865	.421	.117	.866
22	Paciência	.90	.31	.466	.858	.479	.865	.485	.235	.866
23	Serenidade	.89	.32	.331	.859	.357	.867	.357	.127	.867
24	Paz	.56	.50	.220	.862	.233	.869	.260	.068	.869
25	Empatia	.76	.43	.146	.862	-	-	-	-	-
26	Congruência	.55	.50	.339	.859	.349	.867	.377	.142	.867
27	Caridade	.72	.45	.453	.857	.486	.864	.510	.260	.864
28	Compaixão	.78	.42	.253	.860	.283	.868	.304	.092	.868
29	Amizade	.76	.43	.283	.860	.311	.867	.327	.107	.868
30	Humildade	.85	.36	.335	.859	.328	.867	.367	.145	.867
31	Modéstia	.83	.38	.298	.860	.317	.867	.331	.110	.868
32	Responsabilidade	.55	.50	.363	.858	.397	.866	.434	.188	.865
33	Competência	.56	.50	.418	.857	.419	.865	.443	.196	.865
34	Respeito	.45	.50	.303	.859	.281	.868	.276	.076	.869
35	Beneficência	.69	.47	.284	.860	.285	.868	.291	.085	.868
36	Justiça	.68	.47	.393	.858	.386	.866	.382	.146	.866
37	Autonomia	.55	.50	.131	.863	-	-	-	-	-
38	Não maleficência	.75	.44	.405	.858	.387	.866	.384	.147	.866
39	Solicitude	.57	.50	.163	.862	-	-	-	-	-
40	Cuidado	.59	.50	.110	.863	-	-	-	-	-
41	Informação	.59	.50	.137	.863	-	-	-	-	-
42	Cumprimento	.60	.49	.386	.858	.347	.867	.298	.089	.868
43	Promoção	.36	.48	.248	.861	.229	.869	-	-	-
44	Apoio	.46	.50	.450	.856	.406	.865	.348	.121	.867
45	Prevenção	.55	.50	.342	.859	.310	.867	.252	.064	.869
46	Colaboração	.51	.50	.304	.859	.284	.868	.239	.057	.870
47	Substituição	.38	.49	.242	.861	.197	.870	-	-	-
Coeficiente Split-half				Primeira metade = .810						
				Segunda metade = .782						
Coeficiente alfa Cronbach global				.870						

Para a Subescala Valores Éticos os resultados sugerem uma boa consistência interna para todos os valores de alfa a oscilar entre .808 e .830. Na Subescala Virtudes constata-se que todos os itens apresentam boa consistência interna, com os valores de alfa a oscilar entre .862, para os itens 19 e 20 e entre .870 para o item 24. No que concerne à Subescala Princípios Éticos, apenas o item 34 apresenta uma consistência interna razoável (.712). No que diz respeito à Subescala Dos Deveres, os itens 42, 44, e 46 apresentam consistência interna razoável, com valores de alfa a variar entre .704 e .793, sendo que os restantes itens apresentam uma fraca consistência interna. (c.f. Quadro 7)

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Quadro 7 - Estatísticas e valores de alfa de Cronbach para as Subescalas Valores Éticos, Virtudes, Princípios Éticos e Deveres relativas à Escala Valores/Deveres e Ética (EVDE) - QMCE: Parte IV

Nº Item	Subescalas da Escala Valores/Deveres e Ética (EVDE) – Parte IV do QMCE	Média	Desvio Padrão	r item/total	r²	α
Valores Éticos						
1	Dignidade	.60	.49	.471	.222	.831
2	Igualdade	.46	.50	.483	.233	.830
3	Liberdade	.48	.50	.454	.206	.833
4	Verdade	.58	.50	.568	.323	.821
5	Lealdade	.64	.48	.616	.379	.816
6	Solidariedade	.63	.49	.508	.258	.827
7	Honestidade	.62	.49	.621	.386	.815
8	Bondade	.47	.50	.560	.314	.822
9	Altruismo	.41	.50	.678	.460	.808
Virtudes						
11	Excelência	.64	.48	.387	.150	.868
12	Castidade	.49	.50	.369	.136	.869
13	Simplicidade	.83	.38	.397	.158	.867
14	Bondade	.87	.33	.514	.264	.865
15	Generosidade	.87	.33	.499	.249	.865
16	Desprendimento	.54	.50	.394	.155	.868
17	Prudência	.76	.43	.489	.239	.865
18	Temperança	.76	.43	.494	.244	.864
19	Moderação	.70	.46	.549	.301	.862
20	Diligência	.53	.50	.559	.312	.862
21	Objetividade	.39	.50	.472	.223	.865
22	Paciência	.90	.31	.511	.261	.865
23	Serenidade	.89	.32	.469	.220	.866
24	Paz	.56	.50	.328	.108	.870
26	Congruência	.55	.50	.460	.212	.866
27	Caridade	.72	.45	.517	.267	.864
28	Compaixão	.78	.42	.423	.179	.867
29	Amizade	.76	.43	.406	.165	.867
30	Humildade	.85	.36	.453	.205	.866
31	Modéstia	.83	.38	.423	.179	.867
32	Responsabilidade	.55	.50	.486	.236	.865
33	Competência	.56	.50	.501	.251	.864
Princípios Éticos						
34	Respeito	.45	.50	.224	.050	.712
35	Beneficência	.69	.47	.455	.207	.547
36	Justiça	.68	.47	.549	.301	.476
38	Não maleficência	.75	.44	.490	.240	.526
Deveres						
42	Cumprimento	.60	.49	.449	.202	.793
44	Apoio	.46	.50	.620	.384	.709
45	Prevenção	.55	.50	.650	.423	.693
46	Colaboração	.51	.50	.628	.394	.704

No quadro 8 são apresentados em síntese os valores de alfa de Cronbach por Subescalas: Valores Éticos, Virtudes, Princípios Éticos e Deveres da Parte IV – Valores/Deveres e Ética do QMCE e o número de itens que as compõem. Como se pode observar o valor de alfa é bom para todas as subescalas, exceto para a Subescala Princípios Éticos, que apresenta uma consistência interna fraca e a Subescala Deveres uma consistência razoável. Quanto aos coeficientes de bipartição a primeira parte apresenta uma boa consistência interna e a segunda parte uma razoável consistência interna.

Quadro 8 – Valores de alfa de Cronbach para as Subescalas Valores Éticos, Virtudes, Princípios Éticos e Deveres da Escala Valores/Deveres e Ética (EVDE) do QMCE

Subescalas da Escala Valores/Deveres e Ética Parte IV do QMCE	Nº itens	(Split-half)		Alfa de Cronbach
		Parte 1	Parte 2	
Valores Éticos	9	.714	.761	.839
Virtudes	22	.828	.820	.871
Princípios Éticos	4	.268	.670	.640
Deveres	4	.551	.741	.780
Valor global da Escala Valores/Deveres e Ética Parte III do QMCE	39	.810	.782	.870

Pela análise do quadro 9 considera-se uma boa convergência/discriminação, pois todos os itens apresentam valores de correlação de Pearson com a escala a que pertencem superiores aos dos valores com a escala a que não pertencem. Quanto à Subescala Valores Éticos o item 3 é aquele que apresenta menor correlação (.585), apresentando uma variabilidade de 34,2%, sendo o item 9 aquele que apresenta maior valor correlacional (.764), com uma variabilidade de 58,4%. Para a Subescala Virtudes os valores correlacionais variam entre .416 para o item 24 e .626 para o item 20, expondo uma variabilidade de 17.3% e 39.2% respectivamente. No que respeita à Subescala Princípios Éticos o item 34 é aquele que apresenta menor valor correlacional (.326), explicando uma variabilidade de 10,6%, ao passo que o item 38 é aquele que apresenta maior valor de correlação (.754), apresentando uma variabilidade de 56.9%. Relativamente à Subescala Deveres os valores da correlação oscilam entre .684 para o item 42 e .817 para o item 45, mostrando uma variabilidade de 46.8% e 66.7%, respectivamente.

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Quadro 9 – Validade convergente/ discriminante relativas à Escala Valores/ Deveres e Ética (EVDE) – QMCE: Parte IV

Nº Item	Conteúdo dos Itens	Dimensões			
		Valores Éticos	Virtudes	Princípios Éticos	Deveres
1	Dignidade	.596***	.071n.s.	.173n.s.	.259*
2	Igualdade	.608***	.205*	.133n.s.	-.069n.s.
3	Liberdade	.585***	.201*	.169n.s.	.062n.s.
4	Verdade	.677***	.106n.s.	.061n.s.	.200*
5	Lealdade	.712***	.090n.s.	.178*	.180*
6	Solidariedade	.625***	.144n.s.	.129n.s.	.196*
7	Honestidade	.718***	.169n.s.	.062n.s.	.074n.s.
8	Bondade	.671***	.050n.s.	.068n.s.	.064n.s.
9	Altruísmo	.764***	.026n.s.	.226*	.180*
11	Excelência	.064n.s.	.467***	-.013n.s.	.040n.s.
12	Castidade	.082n.s.	.454***	.196*	.210*
13	Simplicidade	.161n.s.	.460***	.034n.s.	.133n.s.
14	Bondade	-.203*	.562***	.012n.s.	.208*
15	Generosidade	-.167n.s.	.548***	-.015n.s.	.118n.s.
16	Desprendimento	.038n.s.	.477***	.179*	.233*
17	Prudência	.054n.s.	.553***	.158n.s.	-.097n.s.
18	Temperança	.127n.s.	.558***	.286**	.094n.s.
19	Moderação	.063n.s.	.611***	.157n.s.	.195*
20	Diligência	.211*	.626***	.151n.s.	.175n.s.
21	Objetividade	.036n.s.	.547***	-.015n.s.	.322**
22	Paciência	.182*	.555***	.163n.s.	.172n.s.
23	Serenidade	-.013n.s.	.518***	.142n.s.	.120n.s.
24	Paz	.111n.s.	.416***	.143n.s.	-.070n.s.
26	Congruência	.158n.s.	.537***	.115n.s.	-.083n.s.
27	Caridade	.312**	.581***	.161n.s.	.046n.s.
28	Compaixão	.057n.s.	.490***	.163n.s.	-.141n.s.
29	Amizade	.081n.s.	.477***	.115n.s.	.042n.s.
30	Humildade	.051n.s.	.509***	.190n.s.	.031n.s.
31	Modéstia	.036n.s.	.485***	.107n.s.	.073n.s.
32	Responsabilidade	.205*	.560***	.189*	-.038n.s.
33	Competência	.230*	.574***	.033n.s.	-.010n.s.
34	Respeito	.293**	.124n.s.	.326**	.173n.s.
35	Beneficência	.076n.s.	.217*	.718***	.211*
36	Justiça	.278**	.216*	.740***	.195*
38	Não maleficência	.133n.s.	.269*	.754***	.335**
42	Cumprimento	.252 *	.114n.s.	.117n.s.	.684***
44	Apoio	.175n.s.	.177n.s.	.206*	.799***
45	Prevenção	.102n.s.	.081n.s.	.207*	.817***
46	Colaboração	.067n.s.	.092n.s.	.279**	.804***

n.s. p>.05 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

NÍVEIS DE CONHECIMENTO RELATIVO AOS VALORES/DEVERES E ÉTICA - PARTE IV DO QMCE

A classificação dos participantes em função dos níveis de conhecimento pressupôs a criação de grupos de Coorte que foram construídos a partir do cálculo da média +/- 0.25 desvio padrão, uma vez que os dados apresentavam uma distribuição

normal. Os resultados deste cálculo foram os seguintes grupos: Nível Insuficiente <= 23, Nível Razoável entre 24 e 26 e Nível Bom >= 27. Pela análise dos resultados, apurou-se que 55.3% dos estudantes apresentavam conhecimento ético positivo e que 44.7% manifestaram déficit de conhecimentos. Aferiu-se ainda que 15.3% dos inquiridos apresentavam um nível de conhecimento ético razoável e que 40% possuía um bom nível de conhecimento ético. Pela análise do valor de Chi Square, verificou-se não existirem diferenças estatísticas significativas entre os gêneros para o nível de conhecimentos (Chi Square = 2.949 α = .229) (c.f. Quadro 10).

Quadro 10 - Nível de Conhecimento Ético relativo aos Valores/Deveres e Ética em função do gênero – QMCE: Parte IV

Nível de Conhecimento Ético	Feminino		Masculino		Total		Chi Square	P
	n	%	n	%	n	%		
Insuficiente	35	48.6	3	23.1	38	44.7	2.949	.229
Razoável	10	13.9	3	23.1	13	15.3		
Bom	27	37.5	7	53.8	34	40.0		
Total	72	100.0	13	100.0	85	100.0		

DISCUSSÃO

Após a aplicação do questionário à amostra em estudo foram testadas as suas propriedades psicométricas. O estudo da validação foi baseado nos três “c”, de construto, de conteúdo e de critério, considerando-se nesta validação apenas a validade de conteúdo, também chamada validade “lógica”. Almeida & Freire (1997) citado em Coutinho (2013) referem que esta se atinge se as medições se referirem exclusivamente e exaustivamente aquilo que o investigador pretende medir. Coutinho (2013) salienta ainda que a validade de conteúdo faz sentido em instrumentos que avaliam a inteligência, habilidade, conhecimentos e destrezas dos sujeitos. O estudo da homogeneidade dos itens foi conduzido pela determinação do alfa de Cronbach, revelando na versão final um alfa de Cronbach de .839 na Escala Tipologia dos Valores (ETV) e de .870 na Escala Valores/Deveres e Ética (EVDE). Para este autor o alfa de Cronbach é o indicador mais aconselhado para a consistência interna de instrumentos do tipo escala de rating, como é o caso das escalas das partes referidas anteriormente. Uma contribuição para o estudo da validade é a determinação do poder discriminativo de um item que se entende como o grau com que o item diferencia no mesmo sentido do teste global (Almeida & Freire, 1997, como citado em Coutinho 2013). Na Escala Tipologia dos Valores (ETV) os valores de r oscilam entre .518 e .756 para a Subescala dos Valores Éticos e variam entre .623 e .895 para a Subescala dos Valores Políticos. Na Escala Valores/Deveres e Ética (EVDE) os coeficientes de correlação variam entre .585 e .764 para a Subescala Valores Éticos, entre .416 e .574 para a Subescala Virtudes, oscila entre .326 e .754 para a Subescala Princípios Éticos e finalmente para a Subescala Deveres varia entre .684 e .817. Assim, verificamos que a maior parte dos coeficientes de correlação vão de encontro com os pressupostos de Mehrens & Lehmann (1984),

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DO CONHECIMENTO ÉTICO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

como citado em Coutinho (2013), que sugerem que itens com valor baixo e próximo de zero são demasiado fáceis, demasiado difíceis ou ambíguos, apontando como valores estatísticos ideais os superiores a .6.

Relativamente ao conhecimento ético como refere Rosentock (2011), só o conhecimento e a compreensão da ética permitirão ao enfermeiro exercer com competência e segurança o seu papel profissional na sociedade, tornando-se assim crucial avaliar o nível de conhecimento ético em estudantes de enfermagem, como futuros profissionais. Em consonância, verificou-se que relativamente à Escala Tipologia dos Valores, (ETV) 50.6% dos estudantes apresenta um nível de conhecimento ético positivo. Similarmente, na Escala Valores/Deveres e Ética (EVDE), os estudantes apresentaram igualmente um nível de conhecimento ético positivo (55.3%).

CONCLUSÃO

O estudo do conhecimento ético em estudantes de enfermagem é uma questão que necessita ser explorada se pretendemos conhecer como ocorre a formação ética dos estudantes, que está intimamente relacionada com a educação moral e com o desenvolvimento da capacidade crítica e de reflexão no âmbito universitário, tendo um papel importante no processo de socialização, cidadania ativa e profissionalização (Finkler, Caetano & Ramos, 2012).

Neste âmbito, desenvolver instrumentos de validação desse conhecimento apresenta-se como uma mais-valia, tendo a metodologia de validação do QMCE efetuada na Escala Tipologia dos Valores (ETV) e Escala Valores/Deveres e Ética (EVDE) permitido selecionar 12 itens para a primeira (ETV) e 39 itens para a segunda (EVDE). Os resultados obtidos pela avaliação da consistência interna, pelos diversos testes de validação efetuados evidenciam condições de credibilidade do QMCE. Em termos de homogeneidade e consistência interna o processo de validação do QMCE permitiu atribuir ao instrumento qualidades razoáveis/boas psicométricas e de sensibilidade para o seu uso neste âmbito. A consistência interna é a única medida possível de obter quando temos um único teste que é administrado uma única vez. (Punch, 1998 como citado em Coutinho, 2013). Por este motivo, a mesma foi avaliada neste questionário, verificando-se que o Alfa de Cronbach traduz uma boa consistência interna nas Escala Tipologia dos Valores (ETV) (.839), e Escala Valores/Deveres e Ética (EVDE) (.870).

Os resultados mostram que os estudantes são detentores de formação ética/moral, o que traduz coerência entre os conhecimentos vinculados pelo ciclo de formação e o referencial exigido para a futura prática profissional.

Face ao exposto, no futuro procurar-se-á aplicar este questionário a uma amostra de maiores dimensões com o intuito de apurar a informação obtida, devido às limitações metodológicas inerentes ao n amostral e as decorrentes dos valores de Alfa de Cronbach para alguns itens / subescalas. No entanto, o

presente Questionário do Mapeamento do Conhecimento Ético apresenta-se útil na avaliação do conhecimento ético em estudantes de enfermagem.

AGRADECIMENTOS

FCT, CIEC, Universidade do Minho, Portugal // CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu
Aos alunos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu : 25^oCLE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castro, J., Barroso, I., & Almeida, C. (2012). *A importância da formação ética na perspetiva dos estudantes de enfermagem*.
Acedido em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=aec7e107-5e96-414b-9129-034c82a29f3e%40sessionmgr113&hid=124>
- Costa, M., Nunes, M., Duarte, J., & Pereira, A. (2012). *Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil*. Referência, pp. 55-68.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Cunha, M.C., Rodrigues, T., Nunes C., & Estudantes do 25º CLE da ESSV (2013). 5º Seminário de bioética "Prioridades em Saúde".
Recuperado de http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/comissao_etica/Livro_resumos_Bioetica_16_7_2013.pdf
- Ferla, J. (2013). *Ênfase nas relações interpessoais na formação do enfermeiro sob o paradigma ético - humanista*. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462013000300010&script=sci_abstract&tlng=pt
- Fernandes, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*.
Acedido em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf
- Finkler, M., Caetano, J., & Ramos, F. (2012). *O cuidado ético - pedagógico no processo da socialização profissional: por uma formação ética*.
Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop5012.pdf>
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: ReportNumber.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2009). *Análise categórica, árvores de decisão e análise do conteúdo em ciências sociais e da saúde com SPSS*. Lisboa: Lidel.
- Rosenstock, K., Soares, M., Santos, S., & Ferreira, A. (2011). *Aspetos éticos no exercício de enfermagem: revisão integrativa da literatura*.
Acedido em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/25444>
- Sclyar, M. (2007). *História do conceito de saúde*.
Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>

HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE
HUMANIZATION IN HEALTH CARE

SAÚDE UM BEM SOCIAL: COMO CONCRETIZAM OS ENFERMEIROS A PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NA INVESTIGAÇÃO?

59 Nº2 | REVISTA SERVIR | 2016 | 41 - 44

**SAÚDE UM BEM SOCIAL: COMO CONCRETIZAM OS ENFERMEIROS A PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NA INVESTIGAÇÃO?
HEALTH A SOCIAL ASSET: HOW ACHIEVING THE NURSES THE PROMOTION OF HUMAN RIGHTS IN THE RESEARCH?**Beatriz Araújo¹¹Universidade Católica Portuguesa- Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Porto.**RESUMO****INTRODUÇÃO**

Nesta comunicação pretende-se fazer uma reflexão sobre a forma como os enfermeiros devem operacionalizar a promoção dos direitos humanos na investigação no seu quotidiano face aos fatores condicionantes adjacentes.

Enceta-se por uma abordagem do conhecimento científico, passando pela relevância da visibilidade do discurso através da divulgação de resultados de investigação, com repercussões na credibilidade e segurança das práticas clínicas.

DESENVOLVIMENTO

A investigação, como um dos pilares para o desenvolvimento e sustentação da disciplina e profissão de enfermagem, impõe o cumprimento de princípios éticos, onde o primado é a salvaguarda dos direitos humanos da pessoa e/ou grupos vulneráveis. Evidenciam-se, ainda, os princípios de boas práticas clínicas aplicáveis à investigação em seres humanos e os requisitos básicos para a avaliação ética de qualquer pesquisa clínica.

Reforça-se a necessidade de todo e qualquer investigador ter por imperativo o cumprimento de normas de boas práticas e legislação específicas e transversais aos diversos tipos de estudos de investigação que envolvem seres humanos.

O enfermeiro como profissional de saúde é responsável pela salvaguarda dos direitos humanos dos participantes em estudos clínicos desde a conceção e realização até à sua publicação, assegurando, assim, a dignidade humana como princípio constitucional.

CONCLUSÕES

Finalmente, explicitam-se algumas normas internacionais e nacionais e requisitos processuais e éticos a observar na realização/participação num estudo de investigação clínica com seres humanos com vista à obtenção de conhecimento novo, cientificamente válido e generalizável.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermeiro; Direitos Humanos; Investigação; Ética.

ABSTRACT**INTRODUCTION**

In this communication we intend to make a reflection about the way nurses should operationalize the human rights promotion in the research in their everyday lives face to the adjacent conditioning factors.

It initiates by an approach of scientific knowledge, passing by the relevance of the discourse visibility through the dissemination of research results, with repercussions in the credibility and safety of the clinical practices.

DEVELOPMENT

The research as one of the pillars for the developing and sustaining of discipline and the nursing profession, imposes compliance with ethical principles, where the primacy is the safeguarding of human rights of the person and / or vulnerable groups. Evidence is also the principles of good clinical practice applicable to research on human beings and the basic requirements for the ethical evaluation of any clinical research.

It reinforces the need for each and every investigator have as imperative the fulfillment of standards of good practice and specific legislation and transversal to different types of research studies concerning human subjects.

The nurse as a health professional is responsible for safeguarding the human rights of participants in clinical studies from design and conducting until its publication, thereby ensuring human dignity as a constitutional principle.

CONCLUSIONS

At last, make explicit to some international and national standards and procedural and ethical requirements to be observed in achievement / participation in a clinical research study with human beings with view of obtaining new knowledge, scientifically valid and generalizable.

KEYWORDS

Nurse; Human rights; Investigation; Ethic.

SAÚDE UM BEM SOCIAL: COMO CONCRETIZAM OS ENFERMEIROS A PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NA INVESTIGAÇÃO?

DESENVOLVIMENTO

O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica, em que o método se constitui no fio condutor para se concretizar esta articulação (Minayo & Sanches, 1993). É possível dar visibilidade ao discurso científico e assegurar a credibilidade das práticas através da produção científica (Rodrigues, 2002). Nesta perspectiva considera-se que a investigação e a divulgação, no âmbito da enfermagem, irão concorrer para o conhecimento e uma prática baseada na evidência.

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são intrínsecas. Sempre associada a um processo sistemático, organizado e objetivo onde se privilegia a verdade, o rigor, a isenção, a persistência e a humildade (Martins, 2008). O primeiro propósito de uma investigação em saúde é aprofundar e clarificar o conhecimento de uma área específica deste corpo de conhecimentos de forma a melhorar a qualidade de vida ou a assistência na doença (Grande, 2000).

Reconhece-se a importância da investigação como um dos pilares para o desenvolvimento e sustentação da profissão e a tomada de decisões coerentes e inteligentes para a prática dos melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e contribuir para a sua visibilidade social (Martins, 2008; Scarparo, et al., 2012). Também, o Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, de Lisboa, em 26 de Abril de 2006, na sua tomada de posição reconhece a importância da investigação em Enfermagem o desenvolvimento como disciplina e profissão, salientando sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Ação como aquelas que melhor contribuem para uma melhor consistência científica.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos de saúde das pessoas em todas as ocasiões e em todos os locais. O enfermeiro está obrigado a garantir que os doentes recebem as informações apropriadas antes de consentirem no tratamento ou procedimentos, incluindo a participação na investigação. Ainda, o CIE, nas Diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem², deu enfoque à integridade na investigação, às questões ligadas à vulnerabilidade em relação aos direitos humanos e aos grupos vulneráveis, como as crianças, os idosos ou as pessoas em coma – quanto menor for o grau em que alguém possa participar na decisão, mais vulnerável se considera e lembremos que, por definição, qualquer doente se considera vulnerável. De acordo com estas Diretrizes, são seis os princípios éticos que devem guiar a investigação:

- (i) Beneficência, fazer o bem para o próprio participante e para a sociedade;
- (ii) Avaliação da maleficência, sob o princípio de não causar dano, e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis;
- (iii) Fidelidade, o princípio de estabelecer confiança entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação;

(iv) Justiça, o princípio de proceder com equidade e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro;

(v) Veracidade, seguindo o princípio ético de dizer a verdade, informando sobre os riscos e benefícios; e (vi) Confidencialidade, o princípio de salvaguardar a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. Distingue-se do anonimato. Segundo Nunes (2013), estes princípios relacionam-se diretamente com o respeito pelos direitos dos participantes no estudo:

- a) a não receber dano, isto é, a não serem prejudicados, avaliando-se previamente o prejuízo potencial do estudo e a eliminar riscos desnecessários³;
- b) direito de conhecimento pleno, ou de informação completa sobre o estudo;
- c) direito de autodeterminação, no qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria sobre a sua participação ou não nesta investigação;
- d) direito à intimidade; e
- e) direito ao anonimato e à confidencialidade.

Transpondo para o exercício da enfermagem, o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE)⁴ e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)⁵ definem os princípios éticos e deontológicos que os enfermeiros devem cumprir no seu exercício, onde se inclui a investigação. A investigação surge, assim, como área de intervenção no REPE, como um dever mas concomitantemente como um direito dos enfermeiros.

Decorrente do princípio da responsabilidade e em contexto de prática clínica, espera-se que o enfermeiro tenha especial atenção à liberdade dos participantes do estudo, sabendo separar os cuidados, a que a pessoa tem direito, da sua participação na investigação, priorizando sempre o interesse da pessoa (Nunes, 2013).

A investigação, qualquer que seja o paradigma e o correspondente percurso epistemológico e metodológico, rege-se por regras que visam o princípio da dignidade da pessoa humana e dos seus direitos fundamentais⁶. Reafirma-se aqui “o primado do ser humano” sobre o interesse da sociedade e da ciência, bem como, a atenção particular quando os sujeitos são considerados vulneráveis⁷.

No artigo 4.º, da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril (relativo aos Princípios de boas práticas clínicas), é estabelecido que “*Todos os estudos clínicos devem ser concebidos, realizados, registados e notificados e os seus resultados revistos e divulgados de acordo com os princípios das boas práticas clínicas, aplicáveis à investigação em seres humanos*”.

Em 2000, Emanuel, Wendler e Grady descreveram os requisitos ou condições considerados básicos para a avaliação ética de qualquer investigação clínica:

- (i) Relevância social ou científica (ganhos em saúde);
- (ii) Validade científica;
- (iii) Seleção justa dos sujeitos;
- (iv) Relação risco/benefício favorável;
- (v) Respeito pelos indivíduos em todas as fases da investigação;

SAÚDE UM BEM SOCIAL: COMO CONCRETIZAM OS ENFERMEIROS A PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NA INVESTIGAÇÃO?

(vi) Consentimento informado, esclarecido e livre pelos participantes; e

(vii) Revisão independente do protocolo zelando pelo correto enquadramento de eventuais conflitos entre os legítimos interesses dos participantes, da ciência e dos investigadores.

A necessidade da incorporação de todos estes valores éticos não permite que a investigação clínica negligencie ou viole qualquer deles sem os quais será não ética. Embora seja impossível excluir a possibilidade de ser necessário cumprir mais algum requisito em casos raros de investigação, aqueles sete requisitos éticos são os fundamentais. Para os autores, tais requisitos para a investigação clínica ética são universais, justificando-se por valores éticos amplamente aceites e concordantes com o desejo que as pessoas têm de ser tratadas e respeitadas (Emanuel, Wendler & Grady, 2000).

Partilhamos, integralmente, da opinião de Pinto (2001, p.26) quando afirma que *“a investigação científica e a ética devem estar sempre de mãos dadas no serviço à pessoa humana, ...se a ciência avança sempre mais, a ética aparece como garantia de que a ciência serve o ser humano.”* Neste contexto, todo e qualquer investigador tem por imperativo cumprir as normas de boas práticas e legislação transversais aos diversos tipos de estudos de investigação que envolvem seres humanos⁸ e a legislação específica, conforme se trate de Ensaio Clínico com Medicamentos ou Investigação Clínica com Dispositivos Médicos. De entre as normas internacionais de referência para validação ética dos estudos de investigação podem incluir-se: a Declaração de Helsínquia, a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, as orientações do Council for International Organizations of Medical Sciences e o Guia das Boas Práticas Clínicas (Comissões de Ética para a Saúde da região norte).

O Artigo 4.º, relativo aos Princípios de boas práticas clínicas, estabelece que *“Todos os estudos clínicos devem ser concebidos, realizados, registados e notificados e os seus resultados revistos e divulgados de acordo com os princípios das boas práticas clínicas, aplicáveis à investigação em seres humanos”*.

CONCLUSÕES

Em síntese, e considerando a promoção dos direitos humanos, a investigação pelos enfermeiros deve atender aos requisitos éticos que assegurem que: o estudo concorre para o bem comum, os seres humanos participantes são tratados com respeito e em segurança; os recursos de saúde e investigação são usados de forma racional; e a metodologia para obtenção de conhecimento “novo” é cientificamente válida e generalizável (ARS Norte IP, 2010). Reitera-se o estrito cumprimento das condições mínimas de proteção dos participantes em geral (Artigo 6.º da Lei n.º 21/2014 de 16 de abril), dos participantes menores e dos participantes maiores incapazes de prestar consentimento informado (Artigos 7.º e 8.º da Lei n.º 21/2014 de 16 de abril).

Enquanto profissionais, os enfermeiros são responsáveis pelas

suas próprias ações na salvaguarda dos direitos humanos.

Os princípios internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica devem ser respeitados na conceção, na realização, no registo, na notificação, na publicação e na revisão dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.

E no sentido duma melhor explicitação de alguns procedimentos a considerar na realização/participação num estudo de investigação clínica com seres humanos, relembra-se, entre outros:

(i) os pedidos de autorização, aos autores, para a utilização de escalas, formulários ou documentos de recolha de dados (com declaração das respetivas validações para a população portuguesa, ou autorização para a adaptação e validação para a cultura portuguesa);

(ii) o processo documental para pedido de autorização de realização duma investigação deve ser organizado em concordância com os requisitos de cada instituição;

(iii) os pedidos de autorização aos Conselhos de Administração, Conselho Diretivo, Diretor Executivo, Coordenador de Unidade, ou Diretor de Serviço das Instituições de Saúde;

(iv) os pedidos de parecer às Comissões de Ética para a Saúde (CES) das Instituições de Saúde, ou Comissão de Ética Competente do INFARMED, I. ou Comissão de Ética para a Investigação Clínica (nos ensaios clínicos⁹ e de estudos clínicos com intervenção de dispositivos médicos¹⁰);

(v) protocolo de investigação devidamente instruído sem esquecer os planos de divulgação dos resultados do estudo (ex: eventos científicos e revistas científicas);

(vi) o modelo de Consentimento Informado que deve conter a menção a que é feito em duplicado (uma via para o investigador, uma via para quem consente). O modelo deve constar de duas partes distintas, consagrando um compromisso entre partes - a primeira parte assinada pelo investigador que pede o consentimento e a segunda destinada à declaração de consentimento e assinatura da pessoa que consente, a qual só é recolhida depois de dadas as informações e de aposta a assinatura do investigador;

(vii) modelo de declaração a assinar por profissionais de saúde que referenciem participantes aos investigadores, não isentando os investigadores de informar claramente cada participante e de recolher o respetivo consentimento informado, livre e esclarecido;

(viii) declaração(ões) do(s) orientador(es) científico(s) ou pedagógico(s), caso se trate de estudo realizado em ambiente académico;

(ix) declaração do Diretor de Serviço/Unidade sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas;

(x) se o estudo envolver dados pessoais, juntar o comprovativo de notificação à Comissão Nacional de Proteção de Dados;

(xi) cópia da notificação à Comissão Nacional de Proteção de Dados sobre criação de bases de dados, especialmente em

SAÚDE UM BEM SOCIAL: COMO CONCRETIZAM OS ENFERMEIROS A PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NA INVESTIGAÇÃO?

estudos de coorte, e compromisso de só dar início ao estudo depois de resposta favorável dessa entidade;

(xii) declaração do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais;

(xiii) declaração de compromisso do investigador para a entrega à CES do Relatório final e de relatórios anuais da evolução da investigação, devendo a CES notificar a instituição onde decorre o estudo (e a escola, se aplicável) na eventualidade do não cumprimento.

Os investigadores, além de estarem conscientes da missão de agir evitando a confusão sobre as questões éticas e morais nos leitores, devem proceder sempre com honestidade, integridade e rigor científicos. Pois, a dignidade humana, como princípio constitucional, constitui valor fundamental, envolvendo conceitos como vida, moral, honra, decência, entre outros, devendo por isso ser reconhecida, respeitada, promovida e protegida. Assim, competência, respeito e sentido de responsabilidade deverão ser os pressupostos de qualquer trabalho de investigação em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARS Norte IP (2010). Documento-guia sobre a análise de projectos de investigação clínica por uma Comissão de Ética para a Saúde. In *Seminário sobre Investigação Clínica e o Papel das Comissões de Ética para a Saúde*. Porto: ARS Norte IP.

Emanuel EJ, Wendler D & Grady C. (2000). *What Makes Clinical Research Ethical?* JAMA, 283, p.2701-2711.

Rodrigues MA (2002) - *Cultura científica, produção científica e sentido de profissionalidade*. Referência. Série I, nº 9, p. 49-54.

Nunes L (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal: Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde.

Grande N. (2000). *Ética e Investigação*. Revista Investigação em Enfermagem, nº2, Agosto, p. 49-53.

Pinto V (2001). *“Ética e Transplantes”*. Servir, 49 (1), p. 26.

Minayo MCS & Sanches O (1993). *Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou complementaridade*. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 9 (3), p.239-248, acedido em 12 de Maio de 2016, por <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0539.pdf>.

Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS e Chaves LDP (2012). *Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem*. Rev Rene; 13(1), p.242-51. Acedido 12 de Maio de 2016, por <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36/31>

GLOSSÁRIO

²Directrizes internacionais propostas para pesquisa biomédica em seres humanos, CIOMS e OMS, 1982, em que foram consideradas a participação de pessoas vulneráveis, de crianças, mulheres, pessoas com transtornos mentais, e, mais recentemente, a Convenção sobre os direitos do homem e da biomedicina, cujo capítulo V é dedicado à investigação científica, bem como o documento da UNESCO (2013) The principle of respect for human vulnerability and personal integrity, Report of the International Bioethics Committee of UNESCO.

³Um dos princípios na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 1964) e documentos bioéticos seguintes. Relaciona-se com o princípio da não-maleficência, articulado com a beneficência, como consta, entre outros, no Relatório Belmont.

⁴Artigos 78º (Princípios orientadores da atividade dos enfermeiros), 81º (Dos valores humanos), 84º (Do dever de informação), 85.º (Do dever de sigilo), 86º (Do respeito pela intimidade) e 88º (Da excelência do exercício).

⁵Pontos 5 e 6 do artigo 9º (Intervenções dos enfermeiros).

⁶Nº 1 do artigo 3º da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril.

⁷Directrizes internacionais propostas para pesquisa biomédica em seres humanos, CIOMS e OMS, 1982; a Convenção sobre os direitos do homem e da biomedicina; Report of the International Bioethics Committee of UNESCO; Decreto do Presidente da República, nº 1/2001 de 3 de janeiro; Lei n.º 21/2014 de 16 de abril e as alterações introduzidas pela Lei n.º 73/2015, de 27 de julho; entre outros.

⁸A investigação deverá considerar a normas internacionais, nomeadamente: a Declaração de Helsínquia (com as alterações de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008); a Diretiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho; as Diretrizes sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA – Agência Europeia para Avaliação de Produtos Medicinais (Londres 2000); as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa, envolvendo Seres Humanos, da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002); as Diretrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009); e a legislação nacional, particularmente, o Decreto-Lei 97/95 de 10 de Maio, a Lei 36/98, de 24 de julho, a Lei nº 67/98, de 26 de outubro, a Lei nº 46/2004, de 19 de agosto, a Lei 12/2005, de 26 de janeiro, o Decreto-Lei 102/2007, de 2 de abril, o Decreto-Lei nº 145/2009, de 17 de junho, a Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 e a Lei n.º 21/2014 de 16 de abril e as alterações introduzidas pela Lei n.º 73/2015, de 27 de julho, entre outra.

⁹Artigo 26.º da Lei n.º 21/2014 de 16 de abril

¹⁰Artigo 33.º da Lei n.º 21/2014 de 16 de abril

SAÚDE UM BEM SOCIAL: COMO PROMOVEM OS ENFERMEIROS, NA PRÁTICA CLÍNICA, OS DIREITOS HUMANOS?

59 N°2 | REVISTA SERVIR | 2016 | 45 - 47

SAÚDE UM BEM SOCIAL: COMO PROMOVEM OS ENFERMEIROS, NA PRÁTICA CLÍNICA, OS DIREITOS HUMANOS?
HEALTH A SOCIAL ASSET: HOW TO THE NURSES PROMOTE HUMAN RIGHTS IN THE CLINICAL PRACTICE?*Margarida Alvarenga¹*¹IPO Porto, Membro da Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos;

Membro colaborador da UNIESEP- UCP-EDP (Unidade de Investigação da Escola superior de Enfermagem do Porto)

RESUMO

INTRODUÇÃO

Será que os enfermeiros continuarão a conseguir atuar sem pôr em causa a dignidade do doente, sem desrespeitar os princípios éticos, sem ultrapassar o princípio da equidade e da solidariedade, proclamados pelos Direitos Humanos, tendo em conta o crescente envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e incapacitantes e o também crescente rácio de doentes por enfermeiro?

Este artigo de opinião pretende fazer uma reflexão sobre o *modus operandi* da enfermagem confrontando os direitos proclamados e a realidade do dia-a-dia.

DESENVOLVIMENTO

Explorando sobre os direitos dos doentes, compara-se a realidade portuguesa sobre os cuidados existentes para quem entra na vida e para quem está a deixar a vida. Para quem inicia o ciclo da vida são assegurados cuidados de excelência a todos os níveis, o mesmo não se podendo dizer em relação aos que se encontram na etapa final desse ciclo. Os motivos apontados para esta falta de equidade relacionam-se com a formação específica e com os recursos na área de cuidados paliativos, salientando que esta área de intervenção exige, para além do conhecimento técnico-científico e de recursos, altos níveis de humanização e excelentes recursos comunicacionais. Aponta-se mesmo a “não comunicação” como um impedimento ao doente em participar no processo de decisão e como tal um impedimento ao seu direito de autonomia.

CONCLUSÕES

Enumera-se as implicações decorrentes do respeito pelos direitos humanos no cuidado do paciente e da sua família para que as intervenções na área da enfermagem permitam a efetiva promoção da dignidade do doente como pessoa.

PALAVRAS-CHAVE

Direitos Humanos; Dignidade; Cuidados de Enfermagem; Direitos dos Doentes

ABSTRACT

INTRODUCTION

Will nurses, given the increased ageing of the population, the rise of chronic and incapacitating disease and the higher and higher patient-nurse ratio, continue being able to proceed in such a way which does not risk the dignity of their patients, which does not risk ethical principles and which does not neglect the principles of equity and solidarity that are guaranteed by the Universal Declaration of Human Rights ?This opinion articles intends to reflect on the “*modus operandi*” of nursing, confronting the proclaimed rights and the daily reality.

DEVELOPMENT

Dissecting about the patient's rights, the Portuguese reality of the existing cares are compared to whom is beginning and ending life. For those who begin their existence it is assured cares of excellence in all levels, the same fails to happen on the patients which are facing the end. The reasons thought to be responsible for this lack of equality are associated with the specific knowledge and resources in palliative care, giving special notice that this area of intervention requires, apart from technical and scientific knowledge, high levels of humanization and excellent communicational resources. It is even pointed the “non communication” as an obstacle for the participation of the patient on the decision process and, consequently, an impediment on the autonomy right.

CONCLUSION

In closing, it is numerated the implications of abiding by the human rights while caring for the patient and his family as it permits a more effective intervention by the nursing area and promotes the dignity of the patient as a person.

KEYWORDS

Human Rights; Dignity; Nursing Care; Patient's rights

SAÚDE UM BEM SOCIAL: COMO PROMOVEM OS ENFERMEIROS, NA PRÁTICA CLÍNICA, OS DIREITOS HUMANOS?

INTRODUÇÃO

Os Direitos Humanos, proclamados em 1948, têm como base o reconhecimento da dignidade como direito inerente a todos os membros da família humana. Esta realidade fundamenta o conceito de liberdade, de justiça e de paz no mundo.

Respeitando esses valores, e sobre a saúde de cada cidadão português, no artigo 64º, alínea 1, do capítulo II da Constituição da República Portuguesa, afirma-se que esta constitui um direito inalienável.

A promoção dos direitos dos doentes depende de todos, no entanto, os profissionais da saúde têm uma responsabilidade acrescida no cumprimento e na defesa desses direitos.

E, de acordo com o *modus operandi* da enfermagem torna-se importante a reflexão sobre a forma como no dia-a-dia do cuidado ao doente, a promoção desses direitos é concretizada.

Nesse contexto, parece pertinente avaliar o que existe na realidade, sob o ponto de vista de conhecimentos técnico-científicos, de recursos humanos e sociais, de recursos internos de cada um de nós enquanto pessoas, para responder de forma eficaz às necessidades dos doentes e seus familiares.

Será que com o número crescente de doenças crónicas, avançadas, progressivas e debilitantes numa população cada vez mais envelhecida e em isolamento social continuamos a conseguir atuar sem pôr em causa a dignidade do doente, sem desrespeitar os princípios éticos, sem ultrapassar o princípio da equidade e da solidariedade, proclamados pelos Direitos Humanos?

DESENVOLVIMENTO

No Artigo 25º, dos Direitos Humanos, podemos ler que “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade” e ainda no ponto dois do mesmo artigo que “A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais”.

Será que asseguramos estes direitos proclamados a toda a população?

Sabemos pelos dados estatísticos resultantes dos CENSOS 2011, que Portugal tem uma população envelhecida, que os óbitos são superiores aos nascimentos, que cada vez mais assistimos à emigração, que daqui por alguns anos (2050, de acordo com previsões do INE) Portugal terá 80% da população envelhecida.

Mas, apesar destes valores estatísticos, ao analisarmos os cuidados que prestamos a quem entra na vida, que felizmente são cuidados de excelência a todos os níveis, constatamos que não são semelhantes aos de quem está a deixar a vida.

E, então, que cuidados de saúde prevemos para estas pessoas?

Que formação têm os enfermeiros (e os profissionais de saúde,

em geral) para responder eficazmente às necessidades do doente e às necessidades dos cuidadores formais e informais? Será que vamos conseguir uma resposta ajustada ao cumprimento dos Direitos Humanos?

De acordo com um estudo realizado em 2007 por Capelas, 60% das pessoas que morreram em Portugal teriam necessidade de Cuidados Paliativos. Cuidados de saúde prestados por equipas treinadas e com capacidade para responder, recorrendo a meios técnicos e científicos atualizados, à multiplicidade de sintomas que as doenças crónicas e em progressão induzem e que são geradoras de sofrimento e má qualidade de vida.

Dos 100% de probabilidade de morrer, apenas em 10% se morre de forma súbita. Os restantes 90% são pessoas que irão morrer de doenças crónicas e progressivamente incapacitantes (insuficiências de órgãos, doenças neurológicas, incluindo demências, doenças oncológicas), muitas delas sem cuidadores e em isolamento social.

Cuidar destas pessoas implica refletir e agir em seu favor o que sob o ponto de vista ético, implica respeitar e fazer respeitar os princípios da justiça, da beneficência, da não maleficência e da autonomia, sem esquecer a sua vulnerabilidade e a vulnerabilidade dos seus cuidadores.

Recuemos a 1994 e à Declaração dos Direitos dos Doentes, publicada pela Organização Mundial de Saúde. Podemos ler e refletir sobre o reforço que a mesma faz sobre o direito ao tratamento e à morte com dignidade. Três anos mais tarde, a Declaração Universal da Bioética e dos Direitos Humanos da UNESCO, consagra que um dos objetivos primordiais da Pessoa é a promoção do respeito pela dignidade humana e a proteção dos direitos do homem, assegurando o respeito pela vida e as suas liberdades fundamentais.

O artigo 81º do Código Deontológico dos Enfermeiros, alerta-nos para o respeito pelos valores humanos e para o dever de cuidar sem discriminar, de salvaguardar os direitos das crianças, dos idosos e das pessoas com deficiência e de nos abstermos de juízos de valor sobre os comportamentos de quem cuidamos, de não nos impormos com as nossas ideologias, de respeitar a pessoa tal e qual ela é criando condições para que ela exerça os seus direitos.

Ainda no Código Deontológico dos Enfermeiros, especificamente nos artigos 82º e 87º, podemos perceber qual os nossos deveres face ao direito à vida e à qualidade de vida do doente e ao respeito pelo doente terminal.

Relativamente à humanização dos cuidados, o artigo 89º obriga-nos à prestação de cuidados tendo em conta a pessoa tal e qual ela é, o que implica uma visão holística do doente, criando um ambiente em que este, independentemente do seu estado de saúde, se sinta respeitado. A humanização dos cuidados implica o respeito pelos direitos da pessoa em todo o seu ciclo vital atendendo às especificidades de cada fase desse ciclo. E,

SAÚDE UM BEM SOCIAL: COMO PROMOVEM OS ENFERMEIROS, NA PRÁTICA CLÍNICA, OS DIREITOS HUMANOS?

claro que o fim da vida também tem que ser cuidado. O Doente em fim de vida o tem direito a ser tratado como pessoa até ao momento da sua morte, a manter um sentimento de esperança, a ser cuidado por pessoas competentes e sensíveis, a não sofrer indevidamente e a morrer em paz e com dignidade.

Envolvidos na preocupação justa sobre o cuidar, por vezes esquecemos que o doente tem também outros direitos nomeadamente o de receber respostas adequadas e honestas. O Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, referente à Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, alerta-nos para a informação como um dos direitos do doente em Cuidados Paliativos.

A falta de informação clara e verdadeira sobre a situação clínica pode aumentar a tristeza do doente, a revolta, a não adesão ao tratamento por desconhecimento dos objetivos. Como podemos pensar na promoção da autonomia do doente, no respeito pelas suas convicções se não o abordarmos nesse sentido?

Se retomarmos ao Artigo 6º, do mesmo Decreto-lei, podemos constatar que está descrito na alínea a) que a prestação de cuidados a estes doentes deve ser Individualizada e com cuidados humanizados e na alínea h) que deve ser promovida a participação das pessoas em situação de dependência na elaboração do plano individual de intervenção.

A verdade é que os profissionais de saúde, de uma forma geral, dão informação superficial, por vezes brusca e reduzida por falta de tempo, o que resulta, com frequência, em ignorar-se o que o doente quer saber, não ter em atenção se o doente percebeu o que foi transmitido ou até se precisa de algum esclarecimento adicional.

Esta “não comunicação” conduz à não participação do doente no seu processo de doença, bem como à impossibilidade de discussão e escolha das opções terapêuticas, o que objetivamente se traduz na negação/ ocultação de um dos princípios éticos fundamentais – princípio da autonomia e da autodeterminação, que nos diz que o doente tem direito a ser autónomo nas escolhas sobre o seu tratamento e a participar no processo de tomada de decisão.

CONCLUSÕES

Concluindo, e mantendo a reflexão sobre a prática clínica, pensemos no que o respeito pelos direitos humanos implica:

Implica prestar cuidados individualizados, tendo em conta que o doente é uma pessoa, única em carácter, personalidade, passado, cultura, hábitos, valores e convicções que devem ser respeitados, porque a pessoa tem direito a ser tratado com respeito pela dignidade humana.

Implica saber escutar, para compreender o doente e sua família e ajudar ambos a viver o mais serenamente possível a vida.

Implica uma relação baseada na verdade, para permitir ao doente participar no seu processo de tomada de decisão de forma consciente, livre e esclarecida.

Implica interiorizar que a progressão da doença também pode

ser cuidada e que a progressão da doença não é fracasso terapêutico.

Implica perceber que mesmo perante a evidência de que a cura já não é possível, a pessoa está viva e tem direito a cuidados de saúde ajustados às suas necessidades.

Implica saber que a pessoa tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais.

Implica reconhecer que o sofrimento não tem apenas o componente físico e que os sintomas emocionais, psicossociais e espirituais também têm que ser atendidos, num conceito de sofrimento global.

Implica que os cuidados sejam prestados sejam continuos e equitativos em todo o país.

Quando falamos de Cuidados em fim de vida, falamos de uma área específica do Cuidar, onde percepção real da situação clínica por parte do doente e seus cuidadores é fundamental para a reestruturação e consequente concretização dos objetivos delineados de acordo com a individualidade da pessoa. Devemos, por isso, refletir mais sobre a forma como cuidamos do doente e da sua família e para que as nossas intervenções permitam a efetiva promoção/ manutenção da dignidade e dos direitos da pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Capelas, M.L. (2009), *Cuidados Paliativos: Uma proposta para Portugal*, Cadernos da Saúde, vol 2, nº 1, pág 51-57.

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, Direcção geral de saúde, acedido em 5 de Maio de 2016 por <https://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-.aspx>

Código Deontológico do Enfermeiro, Ordem dos Enfermeiros, acedido por, em 5 de Maio de 2016, por http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf

Constituição da Republica Portuguesa, acedido em 5 de Maio de 2016 por <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.

Declaração Universal dos Direitos Humanos, acedido em 5 de maio de 2016 por <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais/tidhuniversais/cidh-dudh.html>.

Pacheco, S. (2002) *Cuidar a Pessoa em fase terminal – perspectiva Ética*. 1ª ed. Lusociência, Loures.

A ESPIRITUALIDADE EM SAÚDE
SPIRITUALITY IN HEALTH

Victor Feytor Pinto¹

¹Administrador Paroquial do Campo Grande; Diocesano dos Médicos Católicos e da Associação Mundial da Federação dos Médicos Católicos; Assistente Nacional e Diocesano da ACEPS; Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde; Membro do Conselho Pontifício para os Profissionais da Saúde;

INTRODUÇÃO

O ser humano é um ser espiritual ...

- Dotado de inteligência, vontade e sensibilidade afetiva.
- Com uma profunda relação social, com capacidade de amar e de ser amado.
- Com o controle da mente sobre o corpo, e a superioridade do espírito sobre a matéria.
- É, por isso, um ser em projeto: um ser decididor e simbolizador, um ser com relação e em crescimento, um ser com necessidades.

Quando alguém adoece, enfraquece no seu todo. Não é apenas o corpo que adoece, é também a sua capacidade de ser integral. À sua perda biológica correspondem depois outras perdas:

- Perdas psicológicas e afetivas, ao nível da inteligência e da vontade.
- Perdas culturais, perante o património de cada lugar.
- Perdas sociais, ao nível da relação profissional, da mudança de ambientes.
- Perdas naturais, provocadas pelo mal-estar, que a própria doença comporta.
- E até, perdas espirituais e religiosas na sensibilidade que lhes são próximas.

DESENVOLVIMENTO

A espiritualidade, no ser humano, adquire uma importância fundamental no equilíbrio da pessoa. Por isso, pode ser através dela que a pessoa se reequilibra: É cultura, é relação e é transcendência:

- A cultura é uma forma privilegiada de espiritualidade. Por isso, em tempo de recuperação e de convalescença exige-se a leitura, a música, a arte em todas as suas dimensões.
- As relações humanas constituem uma forma de espiritualidade marcada pela comunicação e a sensibilidade. As relações humanas vencem a solidão, uma das situações mais difíceis, quando alguém está enfermo, numa unidade de saúde, ou no domicílio.
- A transcendência consiste na capacidade de ultrapassar os próprios limites, indo ao encontro de um ser superior que orienta

toda a vida. Assim sendo, é muito importante a perspectiva religiosa que todo o ser humano tem em relação com Deus, referencia para todas as etapas da vida.

A espiritualidade no seu todo tem uma extraordinária dimensão terapêutica porque ocupa a inteligência e a vontade quando se está em crise, porque desafia a esperança e convida à relação com Deus, segundo a opção religiosa de cada um.

O acompanhamento em “Terapia de Compaixão” é indispensável ao doente nas fases mais difíceis da sua evolução clínica.

A presença constante dos profissionais, na atenção a cada fase do cuidado terapêutico, abre a porta à compaixão e dá origem ao “não abandono”. Aliás, os profissionais têm de prestar assistência continuamente, mesmo nas situações mais difíceis.

A assistência dos familiares, é também indispensável com todas as relações afetivas, num tempo que carece de “paliativos”, de ternura e de carinho, tão importantes como os paliativos químicos.

Cada confissão religiosa tem a sua força de acompanhamento espiritual. A fé católica permite, no encontro com Deus, a serenidade e a confiança que abre a porta à esperança.

- A oração alarga o nível de confiança, permitindo acreditar que não se está só, porque Deus está sempre presente.
- Os Sacramentos: a Unção dos enfermos, um sacramento de vida, e o Sagrado Viático, uma etapa ao encontro de Deus.
- A Eucaristia, uma refeição de alegria e de paz, em tempo de sofrimento.

CONCLUSÕES

A vida espiritual de uma pessoa e de uma comunidade cristã, é o apoio no tempo da enfermidade, mesmo de doença irreversível. A espiritualidade de natureza religiosa, segundo a confissão de cada um, é também elemento de cura ou de acompanhamento que alivia o sofrimento.

INTRODUCTION

The human being is a spiritual being...

- Gifted with intelligence, will and emotional sensitivity.
- With deep social relationships, with ability to love and be loved.

- With the control of mind over the body, and the superiority of spirit over the matter.

- It is, therefore, a being in a project: a being that can decide and that can symbolize; a being with relations and that is growing; a being with needs.

When someone falls ill, illness will weaken the self. It is not only the body that falls; it is also his ability to be full. To his biological loss other losses will be associated:

- Psychological and emotional losses, at the level of intelligence and will.
- Cultural losses, according to the inheritance of each place.
- Social losses at the level of the professional relationship and at the changes in environments.
- Natural losses caused by the condition that disease itself entails.
- And even spiritual and religious losses in the sensitive field that is familiar to that person.

DEVELOPMENT

Spirituality, in human being, is fundamental to the balance of the self. Therefore, it may be through it that the person rebalances herself: it is culture; it is relationship and it is transcendence:

- Culture is a privileged form of spirituality. So, during convalescence and recovery periods, reading, music and art in all its dimensions are required.
- Human relationships are a form of spirituality highlighted by communication and sensitiveness. Relationships can defy loneliness, one of the most difficult situations, when someone is ill and alone in a health facility or even at home.
- Transcendence is the ability to overcome our own limits, meeting the Superior Being that can guide the whole life itself. Therefore it is very important any kind of religious perspective that every human being has with God, once it is a reference to all the stages of life.

Spirituality, in its whole, has an extraordinary therapeutic

dimension because it takes the intelligence and the will, when in crisis, to another level, because it defies hope and invites to strengthen the relationship with God, according to the religious choice of each one.

The follow-up in "Compassion Therapy" is essential to the patient in the most difficult stages of his clinical development.

The constant presence of professionals, in each stage of therapeutic care, opens the door to compassion and raises a "non abandonment" feeling. In fact, professionals have to provide assistance continuously, even in the most difficult situations.

The assistance of the family is also essential with all the emotional relationships, during a time where "palliative" treatments, tenderness and affection are failing, and those are as important as chemical palliatives.

Every religious order has its own spiritual accompaniment force. Catholic faith allows, during the union with God, to raise serenity and trust which open the door to hope.

- Prays enlarge the confidence level, allowing to believe that you are not alone because God is always there for you.
- The Sacraments: the Anointing of the Sick, a sacrament of life, and the Holy Viaticum, which is a step to meet God.
- The Holy Eucharist, which is a meal of joy and peace in times of suffering.

CONCLUSIONS

The spiritual life of a person and a Christian Community is the support during the time of sickness, even in irreversible diseases cases.

The spirituality of religious matter, according to the belief of each one, is also a healing element or it can be a process that relieves suffering.

KEYWORDS

Spirituality; Human Being

INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
INTEGRATION OF SPIRITUALITY IN NURSING CARE*Sandra Queiroz¹*¹Hospital Cuf Porto**RESUMO****INTRODUÇÃO**

Os cuidados holísticos em Enfermagem, exigem que os profissionais tenham atenção à espiritualidade das pessoas a quem cuidam. Contudo, da observação da prática e dos registos quotidianos identificam-se escassas evidências sobre os cuidados espirituais.

MÉTODOS

A partir da revisão integrativa da literatura, efectua-se uma reflexão sobre os factores que contribuem para a escassa evidência da integração da dimensão espiritual nos cuidados prestados pelos enfermeiros.

DESENVOLVIMENTO

Passando pelos conceitos de espiritualidade e religiosidade, as necessidades espirituais e a competência para a prestação de cuidados espirituais, pretende-se oferecer itens que ajudem os enfermeiros a refletirem sobre esta temática no seu quotidiano profissional.

CONCLUSÃO

Conhecendo os diferentes factores que intervêm nesta problemática, os enfermeiros deverão primeiramente assumir a sua própria espiritualidade para melhor cuidar e evidenciar o que realizam.

PALAVRAS CHAVE

Espiritualidade; Cuidados espirituais; Enfermagem.

ABSTRACT**INTRODUCTION**

Holistic Nursing care requires professionals to take into account the spirituality of those who they care for. However, the observation of current practice and daily records seldom show evidence about spiritual care.

METHODS

From an integrative literature review, a reflection is provided on the factors that contribute to the scarce existing evidence of the integration of the spiritual dimension in the care provided by nurses.

DEVELOPMENT

Incorporating the concepts of spirituality and religiosity, the spiritual needs and competence to provide spiritual care, topics that intend to help nurses to reflect on this subject in their professional life are presented.

CONCLUSION

Knowing the different factors that correlate to this issue, nurses must first take into account their own spirituality in order to improve care and provide evidence of the spiritual care performed.

KEYWORDS

Spirituality; Spiritual care, Nursing

INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

INTRODUÇÃO

A espiritualidade e os cuidados espirituais prestados pelos enfermeiros estão, atualmente, no centro de atenção da comunidade científica. Não existindo ainda demasiados estudos, as publicações relativas ao tema têm aumentado na última década, ainda que continua a carecer-se de mais estudos. Efetivamente, a revisão das publicações neste âmbito, entre os anos 1990 a julho de 2010, efetuada por Caldeira et al (2011) refere que a produção científica na área da espiritualidade nos cuidados de enfermagem não era ainda a desejável para a consolidação de conhecimentos e prática clínica. Contudo, o mesmo tem sido indicado por outros investigadores e publicações posteriores (Mendes 2012; Conceição, 2014). Ainda assim, o tema é abordado com maior frequência.

O trabalho das filósofas de enfermagem da linha do caring tem uma parte de responsabilidade pelo progressivo interesse nas publicações sobre a espiritualidade: a visão holística do cuidar exige que a espiritualidade seja vista como parte integrante do ser humano. É um facto que a perceção dos cuidados holísticos oferecidos por Watson (2002) e Roach (1993), entre outras, tem-se revelado importante para o desenvolvimento da Enfermagem, ajudando-nos a separar-nos cada vez mais de uma enfermagem que em algum momento bebeu do modelo biomédico, de corte cartesiano. A acrescentar a este facto, a sociedade atual vive de uma erosão de valores que pode por si mesma levantar em cada pessoa-cuidador uma questão, uma inquirição sobre o que está mais além do que cada dia somos.

Esta fenomenologia é descrita por García-Baró (2006) ao referir que, no mundo que causou a náusea a Sartre ou a gargalhada a Nietzsche, existem homens e mulheres que ouvem desde o seu interior um não a certas coisas. A atenção a este algo interior, chega a tornar-se revelação contra o mal e o sofrimento e consegue retirar cada um do ceticismo nihilista.

Ao vivenciar a enfermagem numa sociedade que pode, mesmo pela negativa, auxiliar cada um a levantar questões sobre a sua própria existência, encontrar-se-iam evidências sobre esta preocupação nos enfermeiros, no momento de cuidar. Todavia, diariamente descobrem-se evidências opostas. Na avaliação inicial de enfermagem, os itens relativos a “religião” ou interesse em receber cuidados relacionados com a mesma, surgem sem estar preenchidos. Nos planos de cuidados, não se encontram diagnósticos ou intervenções associadas referidas à espiritualidade. Por estas evidências, existe um aparente descurar nesta área de cuidados o que pode constituir um problema na visão holística do cuidar. Estes factos são referenciados por outros autores em diferentes contextos hospitalares (Lucas, 2011; Mendes, 2012). Deste modo, as evidências relatadas levantam questões respeitantes à deficiente integração da dimensão espiritual nos cuidados de enfermagem (Mendes, 2012) ou quais os fatores que se lhes podem associar (Conceição, 2014) ou, ainda, se estamos perante outro fenómeno ainda não completamente estudado.

Precisamos refletir: que fatores contribuem para a escassa evidência da integração da dimensão espiritual nos cuidados prestados pelos enfermeiros?

A revisão de alguns estudos e artigos na literatura disponível oferece-nos respostas que permitem a consciencialização do problema, a procura de soluções e o início da mudança de atitudes nos profissionais e nas organizações.

MÉTODOS

Realização de uma revisão integrativa utilizando as bases de dados EBSCOhost (em CINAHL, Medclatina e Nursing & Allied Health Collection), SCIELO, Google Académico. Também foi efetuada pesquisa pelo Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Para a revisão, determinou-se o limite temporal janeiro 2010- maio 2016 e as palavras chave spirituality e nurse. A pesquisa foi efetuada entre os dias 12 e 16 de maio de 2016. Dos artigos encontrados, a leitura do resumo/abstract determinou a seleção, optando-se por oito documentos finais sendo estes cinco artigos de investigação, duas teses doutorais e um artigo de reflexão, tal como apresentados no Quadro 1.

INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Quadro 1: Identificação da documentação selecionada

Tipo de Artigo / Documento	Referência	Resumo
Artigo: Investigação	LUNDEBERG, Pranee C ; KERDONFAG, Petcharat (2010)- Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, 19, p. 1121–1128.	Estudo de carácter exploratório e qualitativo com enfermeiros tailandeses de Cuidados Intensivos de um hospital universitário em Bangkok . A questão de base é como estes prestam assistência espiritual aos seus doentes e familiares.
	CALDEIRA, Sílvia; GOMES, Ana C.; FREDERICO, Manuela (2011) -De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros – a espiritualidade no local de trabalho. Referência, Série III, nº 3, p. 25-35.	Artigo que expõe estudo exploratório onde procura compreender a percepção de 40 enfermeiros acerca da espiritualidade no local de trabalho. Esta percepção tem influência na visão holística do cuidar.
	PENHA, R. Moraes; SILVA, M. Júlia Paes (2012) - Significado de Espiritualidade para a Enfermagem em Cuidados Intensivos . Texto & Contexto Enfermagem, Abr-Jun; 21, p. 260-268.	Estudo de cariz descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Objetivo: identificar o significado do conceito de espiritualidade para a equipa de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Intensivos e investigar como os valores de espiritualidade dos profissionais interferem no processo de cuidar.
	McSHERRY, W.; JAMIESON, Steve (2013) -The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. John Wiley & Sons Ltd. Journal of Clinical Nursing, 22, p.. 3170–3182.	Pesquisa on line efetuada a enfermeiros do Royal College of Nursing (Grã Bretanha). Objetivo: Análise da opinião dos enfermeiros sobre espiritualidade e a atual prática no relativo aos cuidados espirituais aos doentes.
	NASCIMENTO, Lucila C. et al (2016) - Spiritual Care: The Nurses' Experiences in the Pediatric Intensive Care Unit. Religions, 7, 27, p.1-11	Artigo que descreve o significado da espiritualidade de acordo com enfermeiras de uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) e como as mesmas assistem espiritualmente as crianças e suas famílias. Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, incluindo entrevistas a onze enfermeiros. Os dados foram analisados por meio de análise temática; Foram identificados dois temas: significados da espiritualidade e da religiosidade de acordo com as enfermeiras, e a prestação de assistência espiritual às crianças em UCIP e suas famílias.

Tese Doutoral: Investigação	MENDES, João Manuel Galhanas (2012) – A dimensão espiritual do ser humano: o diagnóstico de Angústia Espiritual e a intervenção de enfermagem. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa.	Tese que apresenta uma investigação ação cujo objetivo final direciona-se para a compreensão da participação dos enfermeiros no diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem que se relacionam com a dimensão espiritual. Identifica os indicadores que estão presentes no processo de construção do diagnóstico de “angústia espiritual” e as intervenções de enfermagem que podem ser implementadas num processo de cuidados de saúde.
Artigo: Reflexão	CONCEIÇÃO, Ana Paula (2014) – A competência para o cuidado espiritual em Enfermagem. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa.	Tese que apresenta estudo correlacional e inferencial através da análise da regressão. Participaram no estudo 546 enfermeiros. Objetivo: aprofundar o tema da competência para o cuidado
	LUCAS, M. Filomena Martins (2011) – Cuidar da vertente espiritual em Enfermagem: que sentido? Cadernos de Saúde, Vol. 4, nº 2, p. 15-24.	Artigo de reflexão, com revisão narrativa de literatura em que são levantadas questões sobre a significância dada aos cuidados espirituais e as dificuldades encontradas para a sua prestação. É levantada a questão sobre se todos os enfermeiros estarão aptos a prestar cuidados espirituais.

DESENVOLVIMENTO

SOBRE O CONCEITO DE ESPIRITUALIDADE

Para compreender a integração dos cuidados espirituais na prática quotidiana dos enfermeiros é necessário analisar a percepção dos mesmos sobre o conceito de espiritualidade. Mendes (2012) refere que o termo deve ser esclarecido para não cair num relativismo que dificulta o estudo. Por tal, a literatura selecionada recorreu a uma análise da terminologia.

Penha e Silva (2012) reconheceram no seu estudo que os enfermeiros identificam a espiritualidade com os termos fé e crença religiosa, ou ainda com crença em um poder superior ou força. Assim, para estes profissionais, a religiosidade e a espiritualidade seriam conceitos praticamente identificáveis. Também as palavras chave religião, crenças, individual e fé apareceram frequentemente nas respostas dos enfermeiros do estudo de McSherry e Jamieson (2013), tendo estas maior incidência do que palavras como significado, paz, valores ou espírito, entre outras. No estudo de Nascimento et al (2016) a resposta dos profissionais também relacionou a espiritualidade com transcendência ou poder maior, por vezes denominado Deus; Contudo, quando se fala de religiosidade esta foi relacionada pelos profissionais com doutrina ligada a diferentes religiões.

Os termos espiritualidade e religiosidade ou espiritualidade, religião e ritos foram referidos por Conceição (2014) como

INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

sendo frequentemente confundidos, mas que a evolução dos conceitos esclarece as diferentes realidades embora, em alguns aspetos, estes pudessem estar relacionados. Para a autora, a espiritualidade é uma componente inerente a todo ser humano, como ser que procura o sentido da vida, sendo que a religião é entendida de forma mais estrita, como forma organizada que pode ajudar as pessoas a viver a sua espiritualidade. Deste modo, Conceição explana diferentes autores que apontam como todo ser humano possui uma dimensão espiritual, de forma mais ou menos consciente; Mas, se a espiritualidade é parte integrante do ser humano, já a religião apenas abarca alguns, dado que se relaciona com uma série de comportamentos, uns de cariz privado outros sociais, organizados em rituais e baseados em doutrinas religiosas. Tal como a autora indica, aludindo a King, a espiritualidade é de natureza pessoal, sendo a religiosidade mais de carácter social (Conceição, 2014: p. 38-39).

Mendes (2012), na análise do termo espiritualidade, encontra diferentes autores, referindo que podem existir elementos comuns e universalmente aplicáveis ao conceito. Coincidente com Conceição (2014), expõe que a espiritualidade não se aplica somente ao ser humano que pratica uma religião mas que, sendo independente desta, também é aplicável aos que se identificam como não crentes, agnósticos ou ateus. Por tal, tendo a espiritualidade um carácter universal (como parte de todos os seres humanos) também é individual, porque cada pessoa dá-lhe um conteúdo diferente. Por isso, para uns, a espiritualidade se relaciona com a sua religiosidade, como forma de expressão daquilo em que acredita e dá sentido à vida. Para outros, a espiritualidade é relacionada com os valores que regem a sua vida, independente de alguma forma de transcendência, força ou poder supra humano. Neste sentido, podemos afirmar que cada pessoa é um ser espiritual.

Conceição ainda alerta, aludindo a Teixeira, Müller & Silva, que a espiritualidade e religiosidade são estados (psicológicos, emocionais e de consciência) independentes da filosofia e da religião (2012: p. 39). De facto, a religião pode estimular a espiritualidade ou até mesmo inibi-la, se praticada dentro da excessiva formalidade ou rigidez.

Pelo que fica exposto, compreende-se como os termos são confundidos e a complexidade destes é tanto maior quanto maior a sua relação com os aspetos das crenças, valores, cultura, entre outros.

Da espiritualidade aos cuidados espirituais: identificação das necessidades e dificuldades no exercício profissional

Para assumir os cuidados espirituais, os enfermeiros devem clarificar as noções de espiritualidade, separando-as de outros conceitos e compreendendo as correlações; Ao mesmo tempo, deverão saber reconhecer a sua própria espiritualidade, como

forma de acolher os que cuida. Cuidar implica atender todas as necessidades do ser humano, de forma holística e relacional; McSherry e Jamieson (2013), apontam no seu estudo que a perspetiva holística dos enfermeiros faz com que os mesmos manifestem preocupação com os cuidados espirituais sendo que não consideram estes cuidados como um complemento a outros aspetos da assistência. Por tal, estes enfermeiros referem estar atentos às necessidades dos seus doentes, a vários níveis. Assim, falar de cuidados espirituais envolve referir a identificação das necessidades existentes neste âmbito.

Mendes (2012) identifica a existência de diferentes perceções no momento de classificar as necessidades espirituais. Recorrendo à literatura, aponta como necessidades espirituais as necessidades de significado para a vida, a necessidade de esperança, a necessidade de amor e relacionamento, a necessidade de perdão ou de reconciliação, a necessidade de solidão e silêncio, a necessidade do simbólico – ritual, a necessidade de reconhecimento da identidade, a necessidade de verdade e de liberdade, de ordem, de enraizamento e pertença, a necessidade de orar, a necessidade de cumprir o dever e a necessidade de gratidão, entre outras.

Por sua vez, Caldeira, Gomes e Frederico (2011) apontam para os trabalhos de Narayanasamy e McSherry e referem que as necessidades espirituais podem ser sistematizadas em: reconhecimento de um sentido na vida; amor e relações harmoniosas; perdão; manutenção de crenças e valores pessoais; esperança; confiança; manutenção de rituais espirituais e de criatividade.

Conceição (2014), aludindo a Galek et al, refere que ao atender as necessidades espirituais atendem-se realidades distintas que podem ser agrupadas em sete parâmetros: a pertença, o sentido, a esperança, o sagrado, a moralidade, a beleza e a aceitação da morte. Qualquer uma das perspetivas aponta para as necessidades que fazem parte de focos de atenção dos profissionais.

Contudo, independentemente da linha de classificação adotada, não basta conhecer quais as necessidades espirituais. Identificar estas necessidades enquanto se dialoga com um doente ou saber aplicar escalas que determinem o índice de distress espiritual exige perícia, treino e habilidades de comunicação (Lundeberg e Kerdonfag, 2010), o que pode dificultar a labor a enfermeiros que não receberam esta preparação ou tendo-a, carecem de desenvolvimento nas competências adquiridas. Conceição identifica trabalhos nesta área que apontam que os enfermeiros não receberam formação profissional para prestar a assistência espiritual pertinente (2014: 45). Na nossa perspetiva, esta questão tanto pode aludir ao reconhecimento das necessidades alteradas, ou à identificação das intervenções de enfermagem ou, ainda, na habilidade em prestar a intervenção adequada.

INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Efetivamente, o profissional poderá identificar a necessidade corretamente e delinear as intervenções, mas sentir-se pouco preparado para a assistência em si mesma, por exigir alguma aptidão para a qual não se sinta preparado. Poderá este ser um dos motivos pelos que os enfermeiros delegam a assistência espiritual.

Esta necessidade de formação e de preparação para saber cuidar espiritualmente foi apontada pelos enfermeiros nos estudos de McSherry e Jamieson (2013) e de Lundeborg e Kerdonfag (2010). A integração nos currículos destas temáticas é defendida em quase toda a literatura consultada pois, como refere Conceição, uma das dificuldades para a prestação de cuidados espirituais pode encontrar-se no escasso conhecimento sobre espiritualidade, o que diretamente limita a capacidade de atender as necessidades espirituais dos doentes. A formação académica pode ajudar os profissionais, durante os estudos de base ou nos avançados, na reflexão e clarificação dos conceitos de espiritualidade e religiosidade de forma que não se manifestem a posteriori dificuldades na prestação dos cuidados aos doentes. Por outro lado, a integração destas temáticas nos currículos académicos pode ajudar os profissionais na consciencialização e desenvolvimento da sua inteligência espiritual. Segundo Conceição (2014) sem o desenvolvimento desta inteligência, dificilmente se tem uma ligação com a própria espiritualidade, o que dificultará a implementação e sistematização dos cuidados espirituais no plano de trabalho de Enfermagem.

Outras dificuldades práticas encontradas na literatura aludem à religiosidade dos enfermeiros, mas desde perspetivas diferentes. Uma destas perspetivas, é aludida por McSherry e Jamieson (2013) quando indicam que alguns dos enfermeiros inquiridos no estudo referiram desconforto, ansiedade e apreensão por assumirem a sua crença religiosa ou a sua convicção pessoal no ambiente laboral e ainda por prestarem cuidados espirituais aos doentes. Este desconforto é relacionado com a pressão social exercida pela crescente secularização. Como resultado, os cuidados espirituais são mais discretos, dado o clima de intolerância sentida. Contudo, isto é referido como contraditório dado reconhecer-se que os cuidados são holísticos e que os enfermeiros demarcam as suas convicções da prática profissional. Há algum cuidado em proteger os doentes do proselitismo.

A outra perspetiva no que se refere à religiosidade do enfermeiro/dificuldades sentidas com os cuidados espirituais é apresentada por Conceição (2014). Esta indica que, no concernente à religião, os Agnósticos demonstram ter maior dificuldade em lidar com as necessidades espirituais dos doentes. Por outro lado, os enfermeiros que referiram ter religião e praticam a oração em privado tinham maior facilidade em atender as necessidades espirituais dos doentes, comparativamente com os enfermeiros que afirmaram não rezar. Conceição relaciona o facto ao indicar que os profissionais que rezam estão mais sensíveis às suas

próprias necessidades espirituais, valorizando deste modo as necessidades alheias. Porém, a mesma relação não se encontra com a participação em rituais religiosos: muitos dos enfermeiros que participam em serviços religiosos semanais apresentavam competências inferiores para os cuidados espirituais quando comparados com outros profissionais que participam menor número de vezes nos mesmos serviços. A questão relaciona-se com a forma como se participa nestes serviços: se os mesmos são apenas momentos sociais e de obrigação ou se são vivenciados como momento para aprofundar a própria espiritualidade, na relação com um Ser superior.

DAS NECESSIDADES ESPIRITUAIS À COMPETÊNCIA PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Sendo que os enfermeiros são responsáveis pela criação ou facilitação de condições que favoreçam a recuperação dos doentes, poderão analisar o espaço e os momentos mais oportunos para a prestação dos cuidados espirituais, a partir das necessidades encontradas. Lundeborg e Kerdonfag (2010) referem que, para aqueles doentes cuja espiritualidade seja cultivada pela religiosidade, as necessidades podem ser satisfeitas pela realização de atos religiosos tradicionais, orações ou rituais que serão específicos de acordo com a cultura e etnia de cada um. Nesta linha, cabe aos enfermeiros colher os dados necessários, questionar os doentes sobre a sua forma de cultivar a sua religiosidade e se necessitam o contacto de algum assistente espiritual. Favorecer para que o local e o momento oportunos sejam os adequados à prática dos rituais, incentivar a presença da família ou pessoas significativas em momentos de oração ou ritos religiosos, ajudar a criar o ambiente necessário à oração, podem ser intervenções de enfermagem. Estes rituais são importantes dado que ajudam a dar sentido à vida quotidiana e permitem que os doentes lidem com dificuldades como a doença, a dor e as dificuldades (Lundeborg e Kerdonfag, 2010). Contudo, alguns enfermeiros sentem-se desconfortáveis ou desconhecem os rituais específicos. Uma forma simples de eliminar este problema é a de ter nos locais de trabalho um manual de consulta rápida sobre os hábitos, festas e rituais praticados por algumas religiões. Mas, a existências destes manuais não cobrem as necessidades espirituais dos doentes porque as intervenções exigidas exigem competência para a sua execução.

Conceição (2014) refere que a competência para a prestação de cuidados espirituais pode ser maior quanto maior seja: o tempo de exercício profissional, o índice de inteligência espiritual, a idade do enfermeiro, a integração na formação na licenciatura ou durante estudos avançados de temáticas relacionadas com a espiritualidade. Se o enfermeiro assume uma religião (ou tem práticas que permitam envolvimento espiritual como orar em privado, fazer leituras espirituais) ou está em determinados meios profissionais como as Escolas de Enfermagem também são

INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

fatores contribuintes para uma maior competência na prestação dos cuidados espirituais. Lundeborg e Kerdonfag (2010) também referem, no estudo com os enfermeiros tailandeses, que o meio cultural e a proveniência étnica dos enfermeiros influenciam os cuidados. Encontramos pontos de relação com McSherry e Jamieson (2013) quando referem que a laicidade do meio pode ter um poder restritivo na prestação dos cuidados espirituais.

O local de trabalho pode ajudar a que os enfermeiros desenvolvam a sua competência para os cuidados espirituais. Caldeira, Gomes e Frederico (2011) referem que as instituições que têm valores espirituais, promovem comportamentos éticos nos profissionais e uma maior abertura e respeito pelos cuidados holísticos. Ao mesmo tempo, a noção de liderança espiritual promove estes cuidados.

CONCLUSÕES

A falta de evidência da integração da dimensão espiritual nos cuidados prestados pelos enfermeiros pode ser encontrada em diferentes momentos do processo de enfermagem: no levantamento de dados, durante a identificação das necessidades afetadas e no diagnóstico da situação; na determinação das intervenções associadas e, ainda, durante o cumprimento do plano delineado. A nosso entender, a cada um destes momentos, os fatores que se lhes associam são diferentes pois se relacionam ou com aspectos da competência em cuidar espiritualmente (idade, tempo de exercício profissional, índice de inteligência espiritual, formação relacionada com a espiritualidade, crenças e práticas religiosas do enfermeiro) ou com aspectos sócio culturais (instituições onde se estuda, contextos laborais, procedência étnica do enfermeiro, ambiente cultural mais ou menos laicizado, valores praticados pela entidade onde se trabalha). Contudo, é relevante indicar que quanto maior for a conexão do enfermeiro com a sua própria espiritualidade, mais facilmente este pode prestar cuidados espirituais. Este, talvez seja o eixo principal a atender. Haveria que identificar através de mais estudos ou em nova revisão da bibliografia em que medida os outros fatores possuem menor impacto quanto maior é a vivência espiritual do enfermeiro.

Uma dos aspetos que sobressai nos estudos e que pode contribuir à menor evidência da integração dos cuidados espirituais nos cuidados prestados pelos enfermeiros é a confusão dos conceitos relacionados com a espiritualidade/religiosidade. Torna-se essencial clarificar os mesmos de forma que a espiritualidade não seja confundida com a religiosidade e os profissionais interiorizem que o cuidar espiritual é parte integrante dos cuidados holísticos. Esclarecidos os termos, compreende-se que, para muitos, aprofundar na sua espiritualidade implica estar ligado a uma religião e, por tal, implica praticar rituais, estar em oração ou estar presente em cerimónias; assim, os enfermeiros interiorizam que disponibilizar aos doentes oportunidades para

que estas aconteçam, é uma das intervenções possíveis dentro do processo do cuidar.

Contudo, não basta a clarificação dos conceitos, pois a competência nos cuidados espirituais tem uma ligação intrínseca com a maturidade, tanto a profissional como a espiritual. A nosso entender, o impacto do fator idade associado ao desenvolvimento dos cuidados espirituais tem relevância quando se lhe associa a questão da maturidade espiritual, que pode ser desenvolvida mais precocemente, se o profissional também o quiser. Por isto é que se reafirma que é necessário que cada um entre em contacto com a sua espiritualidade.

O facto do enfermeiro não se encontrar desperto para acolher a sua espiritualidade e a de quem cuida e com quem se relaciona, faz que se descure a colheita de dados ou que não se preste atenção às necessidades espirituais dos doentes. Por tal, esta seria, como referido, a causa central associada a outras identificadas que podem agudizar a situação. Estaríamos perante a necessidade de ajudar cada enfermeiro a consciencializar a sua espiritualidade, tanto em locais de ensino como nos espaços laborais. Ajudar ao desenvolvimento da inteligência espiritual dos alunos e dos profissionais implica ter maior atenção a este aspeto nos currícula escolares e criar ambientes profissionais onde os valores promovam comportamentos mais éticos e respeitadores da diversidade de cada pessoa. A formação em serviço e a criação de lugares onde o enfermeiro consiga parar para estar consigo mesmo, são meios que estão ao alcance dos grupos de profissionais. Proporcionar momentos que nos permitam reflexionar sobre as nossas práticas e discuti-las no grupo, também ajudam a promover os cuidados espirituais e a evidenciá-los nos planos de cuidados.

Finalmente, cabe dizer que desde a nossa prática profissional, observam-se que os enfermeiros sim têm intervenções ligadas aos cuidados espirituais, ainda que de forma esporádica ou sem relação direta a uma planificação prévia. Assim, estas intervenções não ficam evidenciadas nos registos ou nos planos de cuidados. Este aspeto exigiria outra reflexão e estudo, pois poderemos estar frente a outros fatores que motivam estes comportamentos.

Toda a atenção que prestemos aos nossos enfermeiros acabará por se repercutir naqueles a quem cuidamos. Cuidemos da espiritualidade de cada um, a começar pela nossa, para poder alcançar verdadeiras evidências de prestação de cuidados holísticos na Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Caldeira, S., Castelo Branco, Z. & Vieira, M. (2011) – *A Espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal*. Referência, Série III, nº 5, p. 145-152.

Caldeira, S., Gomes, A. C. & Frederico, M. (2011) – **De um novo paradigma na gestão dos enfermeiros – a espiritualidade no local de trabalho**. Referência, Série III, nº 3, p. 25-35.

Conceição, A. P. (2014) – *A competência para o cuidado espiritual em Enfermagem*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa.

García-Baró, M. (2006) – *Del Dolor, la Verdad y el Bien*. Salamanca: Ed. Sígueme, p.191-193.

Lucas, M. F. M. (2011) – *Cuidar da vertente espiritual em Enfermagem: que sentido?* Cadernos de Saúde, Vol. 4, nº 2, p. 15-24.

Lundeberg, P.C & Kerdonfag, P. (2010) - *Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units*. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, 19, p. 1121–1128.

McSherry, W. & Jamieson, S. (2013) -*The qualitative findings from an online survey investigating nurses'perceptions of spirituality and spiritual care*. John Wiley & Sons Ltd. Journal of Clinical Nursing, 22, P. 3170–3182.

Mendes, J. M.G. (2012) – *A dimensão espiritual do ser humano: o diagnóstico de Angústia Espiritual e a intervenção de enfermagem*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa.

Nascimento, L. C. et al (2016) - *Spiritual Care: The Nurses' Experiences in the Pediatric Intensive Care Unit*. Religions, 7, 27, p.1-11

Penha, R. M. & Silva, M. J. P. (2012) - *Significado de Espiritualidade para a Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Texto & Contexto Enfermagem, Abr-Jun; 21, p. 260-268.

Queiroz, S. V. (2009) – *Sufrimiento y cuidar: una perspectiva desde la Unidad de Cuidados Intensivos*. Tese de mestrado. Universidad Pontificia de Comillas- Madrid.

Roach, M. S. (1993) – *The Human Act of Caring*. Ottawa: Canadian Hospital Associations Press.

Watson, J. (2002) – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

O ALÍVIO DO SOFRIMENTO DO DOENTE CRÓNICO COMO FOCO DO CUIDAR DA ENFERMAGEM

59 Nº2 | REVISTA SERVIR | 2016 | 57 - 62

O ALÍVIO DO SOFRIMENTO DO DOENTE CRÓNICO COMO FOCO DO CUIDAR DA ENFERMAGEM
THE SUFFERING RELIEF FROM CHRONIC ILL AS A FOCUS IN NURSING CARE*Susana Batista¹*
*Rosa Martins²*¹Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar²Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viseu**RESUMO****INTRODUÇÃO**

Compreender e aliviar o sofrimento humano devem ser entendidos como elementos fundamentais do cuidar, constituindo-se mesmo um dever moral e ético para os Enfermeiros.

OBJETIVO

Conhecer a perceção do doente crónico sobre os cuidados de enfermagem no alívio do sofrimento assim como as estratégias de coping utilizadas.

MÉTODOS

Estudo não experimental, descritivo-correlacional transversal e triangulado, utilizado numa amostra não probabilística por conveniência constituída por 307 doentes crónicos. Os dados foram colhidos através de um questionário aplicado entre janeiro e junho de 2013 a doentes crónicos internados ou a fazer tratamentos em ambulatório no hospital. Foi solicitada a autorização da comissão de ética do hospital, tal como o consentimento informado de cada participante. O tratamento de dados foi efetuado estatisticamente e com análise de conteúdo.

RESULTADOS

Para 74,2% dos doentes, os cuidados enfermagem aliviam significativamente o sofrimento, estando este alívio relacionado com a “disponibilidade, vontade de ajudar, dedicação e atenção demonstradas” por estes profissionais. A estratégia de coping com maior impacto no alívio do sofrimento está relacionada com o “carinho e a companhia da família” (62.4%). As sugestões que apresentam para a melhoria das práticas de enfermagem, são por ordem de importância: mais carinho, simpatia, interesse, rapidez no atendimento, tempo, respeito pela dignidade das pessoas e bom senso, na comunicação/ informação.

CONCLUSÕES

O doente crónico, em ambiente hospitalar, apresenta de facto níveis elevados de sofrimento, sobretudo quando confrontados com a indiferença perante este, com a violação do princípio de autonomia, e consequente violação da dignidade da pessoa humana.

PALAVRAS-CHAVE

Doente crónico; Sofrimento; Enfermagem.

O ALÍVIO DO SOFRIMENTO DO DOENTE CRÓNICO COMO FOCO DO CUIDAR DA ENFERMAGEM

ABSTRACT

INTRODUCTION

Understand and relieve human suffering must be assumed as fundamental elements of care, constituting even a moral and ethical duty for nurses.

OBJECTIVES

To know the chronic ill's perception on nursing care in suffering relief as well as the coping strategies used.

METHODS

This is a non-experimental, cross-sectional descriptive-correlational and triangulated study, used in a non-probabilistic convenience sample of 307 chronically ill patients. Data were collected through a questionnaire between January and June 2013 to chronic ill, hospitalized or in treatment on an outpatient basis in the hospital. It was requested the permission of hospital ethics committee, as well as the informed consent of each participant. Data processing was performed statistically and content analysis.

INTRODUÇÃO

O exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a afastar-se gradualmente do modelo biomédico em direção à prática baseada na evidência e consequente valorização da Teoria de Enfermagem como base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional. “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, assim, os enfermeiros procuram, “ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Os Enfermeiros são os profissionais prestadores de cuidados que, em ambiente hospitalar, passam mais tempo com os doentes e respetivas famílias, testemunhando diariamente o sofrimento humano a todos os níveis. Deste modo, compreender o comportamento do doente e aliviar o seu sofrimento devem ser entendidos como elementos fundamentais do cuidar, constituindo mesmo um dever moral e ético para os Enfermeiros. O sofrimento é resultante de um processo de mudança na vida (intencional ou não) que conduz o indivíduo a um processo de transição (saudável ou patológica) expondo-o a uma vulnerabilidade e a riscos que podem vir a afetar significativamente a sua saúde (Meleis, 2010).Tendo em

RESULTS

For 74.2% of the patients, care effected by nurses significantly relieves their suffering, being this relief related to the “availability, willingness to help, dedication and attention demonstrated” by these professionals. The coping strategy with greater impact on suffering relief is related to the “care and family company” (62.4%). The suggestions presented to improve nursing practice are in order of importance: more affection, sympathy, interest, fast service, more time, and respect for the dignity, common sense and more communication / information.

CONCLUSIONS

For 74.2% of the patients, care effected by nurses significantly relieves their suffering, being this relief related to the “availability, willingness to help, dedication and attention demonstrated” by these professionals. The coping strategy with greater impact on suffering relief is related to the “care and family company” (62.4%). The suggestions presented to improve nursing practice are in order of importance: more affection, sympathy, interest, fast service, more time, and respect for the dignity, common sense and more communication / information.

KEYWORDS

Chronic ill; Suffering; Nursing.

consideração que as respostas da pessoa às transições de vida em situações de saúde ou doença constituem um foco de atenção para prática de enfermagem, os enfermeiros devem profissionalizar o seu contributo nesta área, de modo a que a pessoa com doença crónica e sua família se adaptem eficazmente à nova situação de vida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo não experimental, descritivo-correlacional, transversal, do tipo triangulado. A população alvo é composta por pessoas com patologia crónica internadas nos serviços de cirurgia, cardiologia, ginecologia, medicina interna ou a fazer tratamentos em ambulatório no hospital de dia oncológico e serviço de hemodiálise no Hospital de São Teotónio de Viseu. Participaram no estudo 326 pessoas, tendo sido excluídos 19 questionários por se apresentarem incompletos ou indevidamente preenchidos, resultando uma amostra final de 307 doentes. A seleção foi efetuada de forma não probabilística consecutiva, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (1) possuir mais de 18 anos, (2) não ter comprometimento crítico das funções vitais, (3) inexistência de patologia psiquiátrica diagnosticada, (4) ser portador de doença crónica, (5) estar orientado no tempo e espaço (6) possuir capacidade dar resposta ao questionário e (7) aceitar participar no estudo nos

O ALÍVIO DO SOFRIMENTO DO DOENTE CRÓNICO COMO FOCO DO CUIDAR DA ENFERMAGEM

termos em que este se encontra desenhado. Os questionários foram entregues pelo investigador às pessoas referenciadas que aceitaram participar no estudo. Nos serviços de hemodiálise e hospital de dia oncológico não houve referenciação de enfermagem uma vez que todos os doentes cumpriam os critérios de inclusão. De modo a ultrapassar algum problema de interpretação por parte de alguns inquiridos mais idosos e/ou com baixa instrução literária, houve a necessidade de leitura e preenchimento do questionário por parte do investigador.

Instrumento de Colheita de dados (ICD): contém uma breve nota introdutória, onde são explicados os objetivos do estudo e é solicitada a colaboração livre do participante, seguindo dois grupos de questões: o primeiro grupo apresenta um breve questionário sociodemográfico de elaboração própria; o segundo grupo surge o “Inventário das Experiências Subjetivas do Sofrimento na Doença” (IESSD) de McIntyre e Gameiro (1999) que avalia a intensidade de sofrimento em situação de doença; o terceiro grupo foi construído para determinar a perceção da pessoa acerca da intervenção da enfermagem, utilizando um conjunto de perguntas dicotómicas e na maioria abertas no sentido de os doentes manifestarem de forma qualitativa a sua opinião sobre os enfermeiros, os cuidados e a ajuda que os enfermeiros manifestam para com os doentes com doença crónica. É também avaliada a perceção de prática religiosa e sentido de vida dos participantes.

O IESSD confirma a natureza multidimensional do sofrimento em situação de doença, pelo que é constituída por 5 subescalas/dimensões: “sofrimento psicológico”, “sofrimento físico”, “sofrimento existencial”, “sofrimento socio relacional” e “experiências positivas do sofrimento”. A nota de cada subescala resulta da soma da pontuação dos itens que a constituem. É uma escala constituída por 44 itens de resposta tipo *Likert* que varia entre 1 (“é totalmente falso”) e 5 (“corresponde totalmente”), exceto os itens invertidos que são cotados inversamente. A nota global da escala pode variar entre 44 e 220. A última versão da escala apresenta valores de alfa de Cronbach de 0.93 que indicam uma elevada consistência interna (Gameiro, 1999). Na presente investigação, aos valores de alfa de Cronbach variaram entre 0.913 e 0.923, o que revelou para a nota global da escala uma consistência interna muito boa ($\alpha=0.918$).

Considerações éticas: Os participantes foram informados da finalidade e objetivos do estudo, tal como do direito de se retirar do mesmo a qualquer momento, livre de qualquer coação, visando a proteção contra o desconforto e prejuízo. Foi obtido o consentimento livre e esclarecido, ficando assegurado o respeito pela autonomia, intimidade, anonimato, e confidencialidade.

Estratégias de análise: recorreremos à estatística descritiva, analítica e análise de conteúdo. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as

características das variáveis em estudo. Para a análise inferencial utilizámos o teste de *U-Mann Whitney* (UMW). Para o tratamento qualitativo das respostas às questões abertas, procedeu-se à análise de conteúdo.

RESULTADOS

Os resultados revelam uma amostra de Doentes com idades que oscilam entre os 26 e os 91 anos, com uma média de idades de 64.84 anos com um desvio padrão de 14.98 anos e um coeficiente de variação de 23.1%, que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

O estudo do sofrimento na doença, efetuado através da aplicação do IESSD, revela que maioria dos participantes apresenta níveis moderados ($M= 3.01$) de sofrimento global, numa escala de 1 a 5 pontos. As dimensões do sofrimento mais afetadas são por ordem decrescente a do foro psicológico ($M=3.18$), dimensão física ($M=2.96$), socio relacional ($M=2.96$) e por fim a dimensão existencial ($M=2.87$). De destacar que a dimensão com maior pontuação é a que se refere às “experiências positivas do sofrimento” ($M=3.39$).

O estudo da perceção do doente crónico acerca dos cuidados de enfermagem revela que a maioria das pessoas (98.4%) considera que os enfermeiros se importam com o seu sofrimento e o aliviam (96.7%).

Quando questionados acerca da forma como os enfermeiros aliviam o sofrimento, 74,2% da amostra refere que é através da “disponibilidade, vontade de ajudar, dedicação e atenção demonstradas”. Para 63.7% das pessoas é apreciada a “capacidade de ouvir, conversar” e de “apoio emocional” do enfermeiro. Por sua vez, o “profissionalismo” e “atenção ao estado de saúde”, controlo de sintomas e a administração de medicação são referidos por 54.2% dos inquiridos. Para 38.6% das pessoas, os enfermeiros “dão amor”, “carinho”, “humanizam” e realçam o “modo” como são movimentadas e tratadas. A “boa disposição”, “simpatia”, “sorriso”, “capacidade de brincar” dos enfermeiros aliviam o sofrimento a 33.3%, tal como as palavras de “esperança” e “pensamento positivo” (15.7%). Por sua vez, 11.1% referem que os enfermeiros “esclarecem” e “ajudam a lidar com a doença”, enquanto uma minoria (8.4%) não respondeu ou não soube responder à questão colocada, (cf. Quadro 1).

O ALÍVIO DO SOFRIMENTO DO DOENTE CRÓNICO COMO FOCO DO CUIDAR DA ENFERMAGEM

Quadro 1 – Perceções dos Doentes sobre o modo como os enfermeiros aliviam o sofrimento

	Total	
	N	%
	307	100,0
COMO O ENFERMEIRO ALIVIA O SOFRIMENTO (N=307)		
Não sabe/ Não responde	26	8,5
Palavras de esperança/ Pensamento positivo	48	15,7
Conversam/ Sabem ouvir/ Apoio emocional	195	63,7
Boa disposição/ Simpatia/ Sorriso/ Brincalhões	102	33,3
Disponibilidade/ Vontade de ajudar/ Dedicção/ Atenção	227	74,2
Esclarecem/ Ajudam a lidar com a doença	34	11,1
Profissionalismo/ Atenção ao meu estado de saúde/ Dão medicação/ Controlam os sintomas	166	54,2
Dão amor e carinho/ Humanizam/ O modo como nos movimentam e tratam	118	38,6

Para obter o parecer de cada indivíduo em relação ao que mais o faz sofrer e as estratégias pessoais para o alívio do sofrimento, colocámos as seguintes questões: “O que o(a) faz sofrer?”; “O que é que o(a) ajuda a aliviar o sofrimento?”. As respostas foram agrupadas para uma melhor interpretação dos resultados.

De acordo com os resultados do Quadro 2, podemos verificar que o que causa mais sofrimento aos indivíduos da amostra é em primeiro lugar “a doença”, “sintomas”, “tratamentos” e efeitos secundários dos tratamentos para 51.2% da amostra. Em segundo lugar (21.2%), surge “pensar no futuro” e o “sofrimento presente e futuro da família”, seguida da percepção de doença incurável, viver na incerteza da eficácia dos tratamentos (16,0%). Com a mesma frequência são referidos a falta de apoio familiar, a solidão, o abandono, pobreza e a fome. Quanto ao medo de dependência, limitações físicas e restrições alimentares, estas representam 13.1% das pessoas. Por sua vez, 7.2% das pessoas referem que o que mais faz sofrer é a doença ou morte de um familiar.

Quadro 2 – Respostas à questão “O que o faz sofrer?”

	Total	
	N	%
	307	100,0
O QUE O FAZ SOFRER (N=307)		
Não sabe/Não responde	21	6,9
A doença/Tratamentos/Sintomas/Efeitos secundários dos tratamentos	157	51,2
Saber que é incurável/ Incerteza eficácia dos tratamentos	49	16,0
Medo de dependência/ Limitações físicas/ Restrições alimentares	40	13,1
Pensar no futuro/ sofrimento presente e futuro da família	65	21,2
Doença ou morte de familiar	22	7,2
Falta de apoio familiar/ Solidão/ Abandono/ Pobreza/ Fome	49	16,0

Relativamente à questão “o que é que o(a) ajuda a aliviar o sofrimento” (cf. Quadro 3) podemos verificar que, o que mais alivia o sofrimento é, em primeiro lugar, o “carinho e a companhia da família” com 62.4%, seguindo-se os “cuidados de saúde”, “tratamentos”, “medicação”, “enfermeiros e médicos”

com 41.2%. Em terceiro lugar surge a “fé em Deus”, “rezar” com 26.8%, seguindo-se o “Conviver com amigos” com 19.0% de representatividade. Por sua vez, 15.4% das pessoas afirma que “viver um dia de cada vez”, “não pensar no futuro”, “esquecer” alivia o sofrimento, tal como “passear”, “arejar”, “andar ao ar livre” (15.0%). Por sua vez, “conversas alegres”, “pensamento positivo” são apontados por 12.7% da amostra, “descansar”, “estar em casa”, “ver televisão” (11.8%), “ter atenção”, “compreensão das pessoas” (10.1%). 4,6% Das pessoas “não sabe/não responde”, 3.6% refere que “nada” alivia o sofrimento e o “trabalho” surge por último com 3.3%.

Quadro 3 – Estratégias de coping adotadas pelos participantes

	Total	
	N	%
	307	100,0
O QUE O AJUDA A ALIVIAR SOFRIMENTO – ESTRATÉGIAS DE COPING (N=307)		
Não sabe/Não responde	14	4,6
Passear/ arejar/ andar ao ar livre	46	15,0
Descansar/ estar em casa/ ver televisão	36	11,8
Conviver com amigos	58	19,0
Carinho e/ou companhia da família	191	62,4
Ter atenção/ compreensão das pessoas	31	10,1
Conversas alegres/ pensamento positivo	39	12,7
Trabalho	10	3,3
Enfermeiros/ Médicos/Cuidados de saúde/ Tratamentos/ Medicação	129	42,1
Fé em Deus/ rezar	82	26,8
Viver um dia de cada vez/ Não pensar no futuro/ Esquecer	47	15,4
Nada	11	3,6

A maioria dos inquiridos refere ainda não ter sentido a sua vida ameaçada (58.5%), no entanto 41.5% já teve percepção de morte iminente. Para 89.5% das pessoas a vida tem sentido, ao contrário de 10.5% da amostra que não encontra sentido para a sua vida. É ainda percepção dos inquiridos (64.7%) que os enfermeiros já os ajudaram a encontrar sentido para a vida. Por fim, foram pedidas sugestões de melhoria para a prática de enfermagem. Depois de lidas as respostas foram agrupadas de acordo com o tipo de resposta para uma melhor visualização dos resultados. Constatamos que a maioria das pessoas com doença crónica (49,7%) refere que os enfermeiros devem “continuar”, “não podem fazer mais”, “são impecáveis”, “não há palavras” nos cuidados que realizam. No entanto, 16,0% da amostra considera que “alguns deviam ser mais carinhosos”, “mais simpáticos”, “mais comunicativos”; 15.0% das pessoas considera que os enfermeiros devem “melhorar a atenção ao doente”, “interesse pelo bem-estar”, “atender mais rapidamente”; 10.2% defende que os enfermeiros deveriam “ter mais tempo para os doentes” e “fazer mais companhia”; 5.2% das pessoas reclamam “mais dignidade”, “bom senso”, “cidadania”, “paciência”; 3.9% dizem que os enfermeiros deviam “esclarecer mais” e “fornecer mais informação”.

O ALÍVIO DO SOFRIMENTO DO DOENTE CRÓNICO COMO FOCO DO CUIDAR DA ENFERMAGEM

ESTUDO DA INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO SOFRIMENTO

Relativamente à variável “os enfermeiros importam-se com o seu sofrimento”, verificamos que as pessoas que referem que os enfermeiros não se importam com o seu sofrimento, são as que pontuam maior “sofrimento físico”, “existencial”, “socio relacional”, “experiências positivas do sofrimento” e “sofrimento total”, no entanto apenas o “sofrimento socio relacional” evidencia diferenças estatisticamente significativas ($U=218.0$; $Z=-2.201$; $p=0.028$). Podemos assim concluir que as pessoas com a perceção de que os enfermeiros não se importam com o seu sofrimento possuem níveis mais elevados de “sofrimento socio relacional”.

Quanto à influência da variável os “enfermeiros aliviam o seu sofrimento” observamos, pelos resultados do teste U de Mann Whitney, que as pessoas da amostra que respondem afirmativamente são as que apresentam níveis mais elevados de “sofrimento psicológico”, “físico”, “existencial”, “experiências positivas do sofrimento” e “sofrimento total”, contudo as diferenças encontradas são estatisticamente significativas apenas para o “sofrimento psicológico” ($U=711.0$; $Z=2.797$; $p=0.005$).

ESTUDO DA INFLUÊNCIA DA PRÁTICA RELIGIOSA NO SOFRIMENTO.

Quanto à influência da prática de “religião” no “Sofrimento”, verificamos uma associação positiva com diferenças estatisticamente significativas com o sofrimento “físico” ($U=3450.0$; $Z=-4.106$; $p=0.000$), “existencial” ($U=4184.0$; $Z=-2.736$; $p=0.006$), “socio relacional” ($U=4570.0$; $Z=-2.021$; $p=0.043$) e “Total” ($U=3978.5$; $Z=-3.177$; $p=0.002$). Ou seja, as pessoas que sofrem mais são as que se confessam praticantes de uma “religião”.

ESTUDO DA INFLUÊNCIA DA PERCEÇÃO DE AMEAÇA DE VIDA E ATRIBUIÇÃO DE SENTIDO À VIDA NO SOFRIMENTO.

O estudo da influência da perceção de ameaça de vida com o sofrimento revela, através do teste U de Mann Whitney, que as pessoas com doença crónica que já sentiram a sua vida ameaçada apresentam mais experiências de “sofrimento total” ($OM=198.31$ vs. $OM=156.56$) com diferenças estatisticamente significativas ($U=5676.0$; $Z=-7.465$; $p=0.000$).

O estudo da influência da atribuição de sentido à vida no sofrimento revela que as pessoas que manifestam que a sua vida não tem sentido apresentam valores de ordenação média superiores a nível do “sofrimento psicológico”, “físico” e “existencial”, contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas. Constatamos assim que o “sentido da vida” não influencia o “sofrimento” na doença ($U=4372.5$; $Z=-0.024$; $p=0.981$), porém verificamos que as pessoas que entendem que a sua vida tem sentido são as que manifestam mais “experiências positivas do sofrimento” ($U=1522.5$; $Z=-$

6.059 ; $p=0.000$).

Quanto à influência da variável “os enfermeiros alguma vez o ajudaram a encontrar sentido para a sua vida” no sofrimento, observamos que as pessoas que responderam afirmativamente são as que apresentam níveis mais elevados de sofrimento, revelando o teste de U de Mann Whitney diferenças estatisticamente significativas para o “sofrimento psicológico” ($U=9205.5$; $Z=-2.011$; $p=.044$), “existencial” ($U=8965.5$; $Z=-2.336$; $p=0.019$), “socio relacional” ($U=8885.5$; $Z=-2.449$; $p=.014$) e “sofrimento total” ($U=8831.0$; $Z=-2.517$; $p=0.012$). Podemos assim concluir que as pessoas com maior “sofrimento” sentem que os enfermeiros já as ajudaram a encontrar sentido para a vida.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo apresenta dados relativos à perceção do doente crónico em ambiente hospitalar sobre a experiência de sofrimento, estratégias coping e cuidados de enfermagem para o alívio do sofrimento.

Os resultados vêm reforçar o paradigma de que a doença crónica atinge transversalmente o ser humano, desde o adulto jovem até ao grande idoso com uma intensidade de sofrimento que pode variar entre um grau reduzido a um grau elevado. Constatamos que o sofrimento é uma realidade vivida pelos doentes crónicos em ambiente hospitalar, um sofrimento multidimensional vivido na primeira pessoa e que varia de acordo com vários fatores.

De acordo com os achados do nosso estudo, a dimensão do sofrimento mais afetada é a psicológica, seguindo-se a socio relacional e física (ao mesmo nível) e por último a espiritual. Comparando com outros estudos, verificamos que a nossa amostra revela os níveis mais elevados de “sofrimento psicológico”: 3.18 vs. 2.66 (Gameiro, 1999), 2.58 (Costa, 2012). O sofrimento psicológico surge com o confronto com a doença, perda de controlo, a possibilidade de morte a curto prazo somatizando-se em ansiedade, medo, depressão, preocupação, irritabilidade, dificuldade de concentração, isolamento psíquico, luto antecipatório, perda de autonomia, sentimento de impotência (Santos, 2009).

São apontados como maior causa de sofrimento os sintomas da própria doença, efeitos secundários dos tratamentos, o sofrimento da família, pensar no futuro, a perceção de doença incurável, incerteza da eficácia dos tratamentos, a falta de apoio familiar, a solidão e abandono, a pobreza, o medo de dependência, as limitações físicas e restrições alimentares, a doença ou morte de um familiar.

As estratégias individuais de enfrentamento ou coping com maior impacto no alívio do sofrimento estão relacionadas com o carinho e acompanhamento familiar, com os cuidados de saúde, enfermeiros e médicos, com a Fé em Deus e práticas religiosas. São também apontados o convívio com amigos, conversas alegres, pensamento positivo, ter atenção e compreensão das pessoas, passear, andar ao ar livre e trabalhar. Há quem prefira

O ALÍVIO DO SOFRIMENTO DO DOENTE CRÓNICO COMO FOCO DO CUIDAR DA ENFERMAGEM

esquecer, não pensar no futuro, viver um dia de cada vez, descansar, estar em casa. Ainda assim há quem não consiga lidar com o sofrimento, referindo que nada o alivia.

A intervenção da enfermagem é considerada fundamental para o alívio do sofrimento. Os participantes gostam de ser tratados humanamente, valorizando a entrega autêntica do enfermeiro, demonstrada pela disponibilidade, vontade de ajudar, dedicação, capacidade de ouvir e conversar, palavras de esperança e pensamento positivo, apoio emocional, amor, carinho, boa disposição, simpatia, sorriso, capacidade de brincar, profissionalismo, controlo de sintomas e a administração de medicação. Acrescentam ainda que os enfermeiros humanizam, esclarecem e ajudam a lidar com a doença.

As sugestões que apresentam para a melhoria das práticas de enfermagem, são por ordem de importância: mais carinho, simpatia, interesse, rapidez no atendimento, mais tempo, respeito pela dignidade das pessoas, bom senso, paciência e mais comunicação/ informação. Esta forma despersonalizada e apressada de cuidar poderá estar relacionada com más condições de trabalho, exaustão e depressão dos profissionais de saúde (Marôco, et al., 2016). O autor demonstrou que a nível nacional, entre 2011 e 2013, 20,8% dos enfermeiros amostrados apresentaram *burnout* moderado e 49,9% *burnout* elevado, encontrando uma correlação negativa significativa entre a dimensão despersonalização/*burnout* de enfermeiros e médicos e a satisfação dos doentes.

Outros achados: os doentes crónicos que sentem que os enfermeiros não se importam com o seu sofrimento apresentam maior “sofrimento socio relacional”; os doentes crónicos que revelam que os enfermeiros aliviam o seu sofrimento apresentam maior “sofrimento psicológico”; os doentes crónicos que mais sofrem mais são as que se confessam praticantes de uma “religião”, no entanto, os que entendem que a sua vida tem sentido são as que manifestam mais “experiências positivas do sofrimento”, significando que apesar do sofrimento vivido, muitas pessoas conseguem integrar esse sofrimento, refletindo um reajustamento e a busca de significados de um novo sentido para a vida; os doentes crónicos que já sentiram a sua vida ameaçada apresentam mais experiências subjetivas de sofrimento em todas as dimensões, com exceção das experiências positivas; os doentes crónicos que sentem que os enfermeiros já as ajudaram a encontrar sentido para a vida, são os mais sofredores.

O doente crónico em ambiente hospitalar apresenta de facto níveis elevados de sofrimento, sobretudo quando confrontados com a indiferença perante este, com a violação do princípio de autonomia, e consequente violação da dignidade da pessoa humana. Por sua vez, os enfermeiros e as famílias são reconhecidos como elementos fundamentais no alívio do sofrimento, daí a necessidade de uma maior sensibilização desses atores nos cuidados e apoio que prestam a estes doentes, a necessidade de intervenções ocupacionais que reduzam a incidência do *burnout* em profissionais de saúde potenciando a

qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Costa, S. R. (Setembro de 2012). *Experiencia percibida del sufrimiento y sintomatología psicológica en mujeres con cáncer de mama*. Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud. Salamanca: Faculdade de Psicologia Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

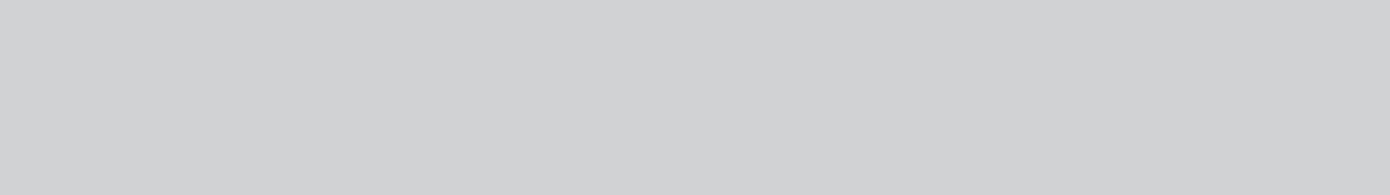
Gameiro, M. G. (1999). *Sufrimento na Doença*. Coimbra: Quarteto.

Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (Janeiro de 2016). *Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional*. Acta Médica Portuguesa, pp. 24-30.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Santos, F. S. (2009). *Para Além da Dor Física - Trabalhando com a Dor Total*. Em F. S. Santos, *Cuidados Paliativos - Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer* (pp. 411-426). São Paulo: Atheneu.





ASSOCIAÇÃO CATÓLICA DE ENFERMEIROS
E PROFISSIONAIS DE SAÚDE
WWW.ACEPS.PT