

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA**  
**SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**  
(Diário da República – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em  
Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária

**OS ENFERMEIROS E A TOMADA DE DECISÃO**  
**EM SITUAÇÃO CRÍTICA:**  
**Aspectos socioprofissionais e bioéticos**

**Dissertação de Mestrado apresentada por:**  
**Pedro Miguel Henriques Batista**

**Orientador:**  
**Prof. Doutor Wilson Correia de Abreu**

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

**Évora**  
**Novembro 2006**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA**  
**SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**  
(Diário da República – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em  
Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária

**OS ENFERMEIROS E A TOMADA DE DECISÃO**  
**EM SITUAÇÃO CRÍTICA:**  
**Aspectos socioprofissionais e bioéticos**

**Dissertação de Mestrado apresentada por:**  
**Pedro Miguel Henriques Batista**

**Orientador:**  
**Prof. Doutor Wilson Correia de Abreu**

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

**Évora**  
**Novembro 2006**

## **RESUMO**

Os enfermeiros e a tomada de decisão em situação crítica: Aspectos socioprofissionais e bioéticos

As questões de ordem bioética têm surgido com insistência no âmbito das investigações focadas em contextos profissionais e cuidados de saúde. A questão de partida que esteve na origem deste estudo foi a seguinte: como se desenvolve o processo de tomada de decisão dos enfermeiros em cuidados intensivos, particularmente quando esta remete para dilemas de ordem ética?

Utilizou-se uma abordagem multimétodo que incluiu metodologias quantitativas e qualitativas. Este estudo é descritivo e transversal. Os participantes foram 172 enfermeiros que exercem funções em UCI. Para a recolha de informação foram utilizados um questionário (Ethics Position Questionnaire) e uma entrevista semi-estruturada.

Os resultados sugerem uma intenção de mudança das estratégias de processos de decisão pelos participantes. Para isso é considerado o papel primordial da informação e da formação. Os participantes também identificaram necessidades de apoio pessoal e profissional, para lidar e realizar decisões éticas.

**ABSTRACT**

Nurses and decision-making in critical situation: Social, professional and bioethical aspects

Bioethical questions are emerging insistently from the research focused on professional and health care contexts. The start question of the study was: how is developed the decision-making process of nurses in intensive care units, particularly when there are ethical dilemmas?

A multimethod approach was used, including both quantitative and qualitative methods. This study is descriptive and transversal. Participants were 172 nurses from the ICU staff. A questionnaire (Ethics Position Questionnaire) and a semi-structured interview were chosen to collect data.

The results suggest an intention of change concerning the process of decision-making by the participants. To achieve this, it was reported the primordial role of information and education. Participants identified also situations where professionals feel needs of professional and emotional support to deal and to make ethical decisions

**A todos que contribuíram para a realização desta monografia**

**Ao Prof. Dr. Wilson pela disponibilidade e partilha de conhecimentos**

**A vocês, Elsa e Nuno, pelo tempo e apoio disponibilizado por vós**

**“Tanto a virtude como o vício estão em nosso poder. Com efeito, sempre que está em nosso poder fazer, está-o também não fazer, e sempre que está em nosso poder o não, está também o sim, de maneira que se está em nosso poder agir quando é belo fazê-lo, estará em nosso poder não agir quando é vergonhoso”**

**Ética a Nicómaco, II [Aristóteles]**

## **INDICE**

<b>ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS .....</b>	<b>viii</b>
<b>INDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>ix</b>
<b>INDICE DE QUADROS.....</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>

### **PARTE I**

#### **BIOÉTICA, DECISÃO E SAÚDE**

<b>1- BIOÉTICA NO CONTEXTO DAS CIÊNCIAS DA VIDA .....</b>	<b>5</b>
1.1- A ÉTICA APLICADA À VIDA .....	5
1.2- BIOÉTICA EM SAÚDE.....	10
1.3- BIOÉTICA EM ENFERMAGEM .....	15
<b>2- SOBRE OS CONTEXTOS DA SAÚDE .....</b>	<b>19</b>
2.1- O CUIDAR COMO ACTO PROFISSIONAL.....	19
2.2- QUALIDADE DA VIDA E DA MORTE .....	24
2.3- UM CONTEXTO EM ANÁLISE: OS CUIDADOS INTENSIVOS.....	28
<b>3- DECISÃO E PROCESSO DE DECISÃO .....</b>	<b>33</b>
3.1- DECISÃO E TEORIAS EXPLICATIVAS.....	33
3.2- A DECISÃO EM EQUIPA .....	37
3.3- DECIDIR EM ENFERMAGEM.....	42
3.4- REFERÊNCIAS PARA UM PROCESSO DE DECISÃO .....	48
3.5- DECIDIR EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DOIS CASOS PARA REFLEXÃO .....	54

### **PARTE II**

#### **ESTUDO EMPIRICO**

<b>1- METODOLOGIA.....</b>	<b>60</b>
1.1- QUESTÕES ORIENTADORAS E TIPO DE ESTUDO .....	60
1.2- POPULAÇÃO ESTUDADA .....	62
1.3- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	65
1.3.1- Questionário.....	65
1.3.2- Entrevista .....	71
1.4- TRATAMENTO DOS DADOS.....	76
1.4.1- Questionário.....	76
1.4.2- Entrevista .....	78

1.5- IMPLICAÇÕES ÉTICAS .....	79
<b>2- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO.....</b>	<b>82</b>
2.1- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL .....	82
2.2- ATITUDES ÉTICAS .....	88
2.3- PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DE ACTORES DE SEGUNDO NÍVEL....	95
<b>3- BIOÉTICA E ENFERMAGEM: COMPLEXIDADES .....</b>	<b>97</b>
3.1- SOBRE OS ACTORES ENVOLVIDOS .....	97
3.2- OS CUIDADOS INTENSIVOS COMO CONTEXTO EM ESTUDO.....	102
3.3- BIOÉTICA E CASOS VIVIDOS.....	111
3.4- EXPERIÊNCIAS DE DECISÃO .....	119
<b>4- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....</b>	<b>127</b>
<b>5- BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>142</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>150</b>
ANEXO I - EPQ – Ethics Position Questionnaire.....	151
ANEXO II - QAE – Questionário sobre Atitudes Éticas.....	154
ANEXO III - Guião de entrevista.....	161
ANEXO IV - Transcrição das entrevistas .....	165
ANEXO V - Grelha da análise dos temas .....	297
ANEXO VI - Análise de conteúdo das entrevistas.....	302
ANEXO VII - Outputs da análise das variáveis .....	375
ANEXO VIII - Regra de Sturges e estabelecimento dos intervalos das categorias.....	389
ANEXO IX - Outputs referentes à correlação das variáveis do QAE .....	391
ANEXO X - Outputs referentes à identificação dos enfermeiros a entrevistar .....	395
ANEXO XI - Dados estatísticos dos entrevistados .....	399



### **ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS**

a.C. – Antes de Cristo

art. – Artigo

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DGS – Direcção Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

EPQ – *Ethics Position Questionnaire* (Questionário sobre Atitudes Éticas)

EUA – Estados Unidos da América

nº – Número

QAE – Questionário sobre Atitudes Éticas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

s – Desvio padrão

SCIHSJ – Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital de São João

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (Pacote de Programas Estatísticos para Ciências Sociais)

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation* (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura)

x – Média

## **INDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1 – Zonas de interferência dos campos de competências dos participantes da acção dos cuidados.....</b>	<b>39</b>
<b>Figura 2 – Esquema do processo de enfermagem .....</b>	<b>47</b>
<b>Figura 3 – Gráfico da distribuição de dados da variável “Idade” dos respondentes ao QAE .....</b>	<b>83</b>
<b>Figura 4 – Gráfico da distribuição de dados da variável “Sexo” dos respondentes ao QAE .....</b>	<b>84</b>
<b>Figura 5 – Gráfico da distribuição de dados da variável “Anos de Exercício Profissional” dos respondentes ao QAE .....</b>	<b>85</b>
<b>Figura 6 – Gráfico da distribuição de dados da variável “Anos de Actividade em Unidades de Cuidados Intensivos” dos respondentes ao QAE.....</b>	<b>86</b>
<b>Figura 7 – Gráfico da distribuição da variável “Categoria Profissional” dos respondentes ao QAE.....</b>	<b>86</b>
<b>Figura 8 – Gráfico da distribuição da variável “Habilitações Literárias” dos respondentes ao QAE.....</b>	<b>87</b>
<b>Figura 9 – Histograma referente à distribuição dos resultados obtidos no QAE sobre a ideologia “Idealismo” .....</b>	<b>89</b>
<b>Figura 10 – Histograma referente à distribuição dos resultados obtidos no QAE sobre a ideologia “Relativismo” .....</b>	<b>92</b>

**INDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1 – Lista de UCI existentes em Lisboa, em 2001 .....</b>	<b>64</b>
<b>Quadro 2 – Dimensões medidas pelo EPQ.....</b>	<b>68</b>
<b>Quadro 3 – Taxonomia das Filosofias Morais Pessoais.....</b>	<b>68</b>
<b>Quadro 4 – Dados estatísticos referentes aos itens da secção ideológica “Idealismo” do QAE .....</b>	<b>90</b>
<b>Quadro 5 – Dados estatísticos referentes aos itens da secção ideológica “Relativismo” do QAE.....</b>	<b>93</b>
<b>Quadro 6 – Selecção dos candidatos a entrevistas, de acordo com a sua dimensão ideológica e disponibilidade para entrevista. ....</b>	<b>96</b>
<b>Quadro 7 – Identificação dos entrevistados e correspondentes a ideologia associada .....</b>	<b>98</b>

## **INTRODUÇÃO**

Os profissionais de saúde que trabalham em contexto hospitalar encontram-se inseridos num ambiente complexo e exigente, onde se vêm obrigados a desempenhar acções correspondentes às suas funções, tendo em conta os seus saberes e as suas capacidades. O desempenho dessas funções deriva de conhecimentos adquiridos, por alguns profissionais, numa componente escolar onde são ministrados conteúdos teórico-práticos, aos quais se acrescentam as experiências vividas em ambiente de trabalho, complementando-se entre si, preenchendo as lacunas existentes entre a teoria e a prática, e criando mecanismos de crescimento na maturação de um profissional.

Os enfermeiros são uma das referidas classes de profissões ligadas à área da saúde que detêm um papel predominante na prestação de cuidados de saúde, e que sustentam na sua filosofia e código profissional uma conduta bem delineada e objectiva na forma de interiorizar, maturar e exteriorizar as suas actividades perante a maioria dos casos que possam surgir na sua vida profissional. No entanto, cada vez mais ocorrem situações que saem de áreas bem demarcadas, deixando de ser orientadas por aspectos sólidos, monocromáticos de branco ou preto, pertencendo a áreas cinzentas onde as opiniões são várias, divergentes e que exigem uma decisão que terá de ser a mais correcta e menos danosa possível. Desta forma surgiu como questão inicial: Como se desenvolve a tomada de decisão de enfermeiros em cuidados intensivos, particularmente quando estes remetem para dilema de ordem ética?

Este estudo recorre a estas situações. Situações que exigem uma maturidade pessoal e profissional, que com o devido apoio e fundamentação, poderão ser ultrapassadas da melhor forma. As instituições de saúde, particularmente as UCI, são campos onde se têm de tomar decisões a vários níveis, onde se atendem às necessidades e especificidades de cada utente, da sua vida pessoal, familiar e profissional, tornando-se necessário verificar as

capacidades que os serviços têm em acompanhar e corresponder não só ao que lhes é exigido, mas também ao que lhes é pedido pelos utentes.

Com o intuito de responder à questão anteriormente formulada, pretende-se, no decorrer e conclusão deste trabalho, caracterizar o que ocorre em serviços onde se prestam cuidados intensivos, em situações clínicas reais, relativamente ao processo de tomada de decisão por parte dos enfermeiros, particularmente quando essas decisões envolvem aspectos de ordem bioética enquanto factor a considerar. Aceitando este como o principal objectivo a cumprir, a antevendo as diversas perspectivas que surgirão directa ou indirectamente deste tema, restringiu-se o trabalho em alguns aspectos de forma a responder especificamente a questões como: Que preocupações de ordem bioética suscitam tomadas de decisões em contexto de cuidados intensivos? Que particularidades possuem os enfermeiros, relativamente à sua participação, atitudes e decisões em matéria de aspectos bioéticos em cuidados intensivos? Como se desenvolve o processo de tomada de decisão em cuidados intensivos, em situações de dilema bioético?

Estas questões permitem definir os objectivos específicos a que este estudo se propõe, a saber: Descrever o processo de tomada de decisão sobre aspectos bioéticos em contexto de serviços de cuidados intensivos; Descrever as opiniões expressas pelos enfermeiros relativamente ao processo de tomada de decisão; Identificar os factores intrínsecos a este processo de tomada de decisão e sua influência nas práticas profissionais dos enfermeiros.

Com um percurso profissional na área dos cuidados intensivos de muitos anos, as questões atrás referidas suscitaram um interesse pessoal em retratar uma situação que se percebe como cada vez mais frequente e difícil de lidar. Estes temas são expressos muitas vezes em abordagens teóricas e muito conjunturais, pretendendo-se assim, não só criar um documento teórico de consulta, mas também um guia a utilizar em caso de dúvidas que surjam em situações práticas.

A tomada de decisão faz parte das competências dos enfermeiros, tal como vem descrito em documentos da Ordem dos Enfermeiros (2004a), reconhecendo-se a importância deste acto para prevenir e actuar em situações de necessidade de cuidados ao indivíduo/família, através de uma identificação do problema e intervindo o mais precocemente possível no sentido da melhor resolução. A

importância de uma tomada de decisão atempada e correcta é referida na Carta dos Direitos e do Doente Internado elaborada pelo Ministério da Saúde (2006a), no sentido de respeitar a dignidade humana do utente, que se encontra numa situação desenquadrada do seu ciclo de vida normal, que é só por si geradora de stress. Já o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida delibera num parecer sobre os aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida, alguns critérios e tipos de situações que salientam a importância de fundamentar as actuações e decisões a tomar, o mais correctamente possível evitando disparidades e subjectividades (CNECV, 1995a).

Este trabalho está organizado de forma a identificar duas grandes secções que convergem em função de uma conclusão e discussão do tema.

Numa primeira parte, elabora-se a fundamentação teórica que contribuem para a compreensão do tema em causa. Atendendo aos objectivos propostos, abordam-se três grandes blocos temáticos relativos à ética, à saúde e à decisão, crescendo desde um ponto de vista conceptual até à sua fusão com aspectos aplicados à saúde, mais especificamente ao ambiente de enfermagem de cuidados intensivos.

Numa segunda parte, descreve-se a abordagem metodológica utilizada, com a respectiva justificação e descrição teórica de métodos utilizados, bem como a descrição pontual de como foram obtidos e trabalhados os dados recolhidos para a análise final dos resultados, assim como a apresentação dos aspectos mais relevantes dos dados colhidos.

No final, constrói-se uma reflexão objectiva de forma a poder, através da conjugação da teoria pesquisadas e dos dados obtidos, edificar uma conclusão do trabalho e abrir um espaço de discussão sobre o mesmo, tendo presente que sejam quais forem os resultados obtidos, a finalização deste tema é utópico, havendo possibilidade de abrir espaço para novas questões e novos desafios para estudos futuros. Para além de criar um documento académico, pretende-se que este seja um objecto de estudo consultivo a quem demonstre interesse sobre este assunto, quer sejam profissionais ou estudantes com o intuito de aliar a ética a aspectos práticos para qualificar as actuações na saúde.

**PARTE I**  
**BIOÉTICA, DECISÃO E SAÚDE**

## **1- BIOÉTICA NO CONTEXTO DAS CIÊNCIAS DA VIDA**

Devido às alterações demográficas e epidemiológicas destes últimos anos, os cuidados intensivos tornaram-se locais propícios ao aparecimento de casos que proporcionam a troca de argumentação entre duas ou mais opiniões, sobre dados que anteriormente eram assumidos como evidentes. Esses casos pontuais, aferidos pelo fiel da balança de obter uma qualidade de vida pós-internamento pelo menos igual à anterior, são novamente enunciados pelo acréscimo de múltiplas e novas variáveis a ter em consideração, o que induzem o aparecimento de cada vez mais dilemas bioéticos (Thelan, Davie e Urden, 1996; Serrão e Nunes, 1998; Daulaire, 1999).

Com a finalidade de sistematizar definições e conceitos essenciais ao entendimento da conjuntura que envolve a bioética e o seu desenvolvimento em enfermagem, aprofundou-se uma investigação subordinada ao tema: da ética relativamente às suas origens e relação com a bioética; da importância e desenvolvimento da bioética no contexto particular da saúde; e resumir algumas especificidades de ética em enfermagem, e da origem de casos em que suscitem dilemas

### **1.1- A ÉTICA APLICADA À VIDA**

Cada vez mais são frequentes notícias sobre novos desenvolvimentos nos conhecimentos e práticas relacionadas com disciplinas que lidam com a vida e a saúde. De lembrar o caso de Terri Schiavo em Março de 2005, altura em que foi decidido retirar a alimentação a esta mulher norte-americana, que se encontrava num estado vegetativo permanente com evolução de 15 anos, em consequência de uma paragem cardíaca em 1990.

Estes acontecimentos revelam uma fraqueza existente no padrão de normalidade e de valores de uma sociedade, que surgem de problemas, dúvidas e



soluções emergentes de casos complexos e visível pela manifestação de sensações ambíguas como a esperança ou a preocupação. Foi com o intuito de reforçar e manter esse padrão de normalidade, que se sistematizou numa ciência, conteúdos que determinam o que é considerado bom e mau, para os indivíduos e para a sociedade, bem como a definição de regras que impedem indivíduos ou grupos de serem prejudicados. Essa ciência é denominada de Ética cuja etimologia deriva do grego *ethos* que significa costume ou convenção ou espírito de uma comunidade (Thompson, Melia e Boyd, 2004).

A utilização deste termo tornou-se popular e por vezes usado sem o critério devido. Optando pela definição de Thompson, Melia e Boyd (2004:5), estes referem que “A ética diz respeito ao estudo e à prática daquilo que é bom e correcto para os seres humanos”. Numa definição e distinção sumária entre ética e moral, Isabel e Michel Renaud em Archer, Biscaia e Osswald (1996), afirmam que a ética procura a fundamentação dos actos, enquanto que a moral demonstra como as leis morais se formam, se nivelam e hierarquizam e se aplicam aos casos concretos mediante uma decisão e recurso aos valores. Ainda Queirós (2001) refere que a ética actua em questões como “o que é mais correcto fazer?” e “como devo agir?”, ou seja pressupõe um acto de decisão, o que será visível no contexto hospitalar na relação entre profissionais de saúde e o utente. A ética trata de dois aspectos essenciais: ao estabelecimento dos padrões do que é certo e errado, prescrevendo o que o Homem deve ser; e refere-se ao estudo e desenvolvimento dos nossos padrões éticos pessoais, manifestado pelas nossas acções, derivados da nossa consciência.

Apesar de tratar assuntos terrenos, a origem da ética é considerada como tendo bases nas religiões, havendo evidência histórica desta associação em diversas culturas. A existência da aplicação prática de aspectos éticos remonta a civilizações tão antigas como as do antigo Egipto, Mesopotâmia e China Milenar Milenária, cuja preocupação principal debatiam as práticas assistenciais e a sua legitimidade no interior das suas sociedades. Uma das primeiras formalizações dos aspectos éticos, foi criado por Hipócrates (460-377 a.C.), patente no juramento que tem o seu nome, tornado possível pela separação da medicina das suas influências mágico-religiosas. Foi criado um código que estabelece as

condutas profissionais de uma forma deontológica, ou seja, os deveres morais e direitos são definidos por regras claras que serão futuramente adoptadas pelas profissões que pretendem manter uma integridade sólida (Messadié, 2001; Pinto e Abreu, 2004; Thomson, Melia e Boyd, 2004).

Os saberes éticos aparentam contemporaneidade pelo facto de terem sido discutidos e regulamentados de forma consistente somente no final do século XX, pois até esta altura bastavam os fundamentos decorrentes da deontologia profissional, que forneciam as directrizes necessárias para resolver os problemas que surgiam, uma vez que a compaixão e o desinteresse em benefício do doente identificavam os princípios que os profissionais de saúde deviam praticar sempre. Mas os problemas, caracterizados por serem de natureza solucionáveis com graus de dificuldade variáveis, começaram a transformar-se em dilemas que pressupõem escolhas entre possíveis alternativas igualmente desejáveis ou indesejáveis, e cuja finalidade também podia suscitar conflitos pela sua radicalidade, ou seja, passou a existir um confronto entre princípios e deveres, onde não há regras ou precedentes a adoptar, tornando-se necessário arranjar ferramentas para decidir, tais como teorias e modelos que apontavam direcções a seguir. Está-se na presença de um dilema quando existe: um envolvimento com a situação, a percepção de outras alternativas, a necessidade de formular uma decisão e a incerteza acerca de qual a melhor delas (Beauchamps e Childress, 1999; Georges e Grypdonck, 2002; Thompson, Melia e Boyd, 2004).

Em parte, o aparecimento destes dilemas teve origem numa rápida e grandiosa evolução de técnicas e conhecimentos referentes, não só mas também, a aspectos médicos e a questões da vida decorrentes de progressos científicos que foram maiores em 25 anos que nos 25 séculos que precederam a sociedade de hoje até Hipócrates. O período pós Segunda Guerra Mundial foi o nomeado para servir de marco para o aparecimento das grandes questões que suscitaram dilemas e que deram azo a decisões inéditas do ponto de vista ético (Neves, 2002). Archer, Biscaia e Osswald (1996:20) referem que a “ciência transfere para a mão do homem poderes antes reservados à fatalidade da natureza (...) pergunta-se até que ponto estamos autorizados a exercer esses poderes e em que medida aquilo que é tecnicamente possível será eticamente aceitável”.

O termo “bioética” foi introduzido na década de 70, por investigadores americanos, que não enunciaram uma definição formal, mas criaram objectivos com o propósito de tornar esta disciplina mais dinâmica, sobretudo em dois temas, a saber: a importância do melhoramento da qualidade de vida; e as reflexões teóricas e práticas que incidem nas questões éticas humanas. Com o aparecimento deste termo, houve necessidade de promover um distanciamento entre conceitos como ética biomédica e bioética, onde a primeira se refere à conduta a adoptar pelos médicos face aos progressos da biomedicina tomando decisões isoladamente, enquanto que a bioética pressupõe um envolvimento por parte de todos os intervenientes na investigação e processo terapêutico, incluindo os pacientes; outra distinção foi realizada entre bioética e a deontologia ou ética profissional, em que esta é um conjunto de regras próprias dos membros de determinada profissão, enquanto que a bioética pondera acerca da acção humana sobre a vida, no entanto apesar das separações de terminologia, os termos confundem-se e interligam-se quer na teoria, quer essencialmente a nível prático (Neves, 2002).

Formalizando uma definição, recorre-se à produzida pela UNESCO (CNECV, 2004:3), num documento cujo propósito é elaborar uma declaração universal de normas bioéticas e que afirma “o termo ‘bioética’ refere-se ao campo de estudo sistemático, pluralístico e interdisciplinar, envolvendo os assuntos morais teóricos e práticos, criados pela medicina e pelas ciências da vida, aplicadas aos seres humanos e às relações humanas com a biosfera”.<sup>1</sup>

Parte do enquadramento conceptual referente à bioética já está formado, cuja aplicação na nossa sociedade é visível nas leis e pareceres existentes, criados pelos órgãos legisladores dos estados ou por entidades cuja função é deliberar sobre estes assuntos. A bioética, enquanto disciplina recente, desfruta da possibilidade de ir experimentado e decidindo no momento em que as questões estão a ser postas no momento, ou seja, através de experiência e sabedoria prática vão-se criando corpos de conhecimentos e fundamentações exigíveis e pretendidas para a solidificação da disciplina, mas Isabel e Michel Renaud referem que em

---

<sup>1</sup> “The term ‘bioethics’ refers to the systematic, pluralistic and interdisciplinary field of study involving the theoretical and practical moral issues raised by medicine and the life sciences as applied to human beings and humanity’s relationship with the biosphere” (CNECV, 2004:3)

contrapartida é certo que, nesta modalidade de saberes de experiência feitos, surjam mais conflitos relativos à nossa consciência, valores, pareceres e convicções (Archer, Biscaia e Osswald, 1996).

A intemporalidade da bioética e interacção com outras disciplinas, permite uma progressão e crescimento através do contributo dessas diversas formas de conhecimento (como por exemplo: biologia, medicina, filosofia, direito), saindo desta transdisciplinaridade uma nova forma de articulação de saberes que permite uma “nova lógica do pensar e do agir (...) um novo tipo de discurso que se interroga pelo dever (que devo fazer? qual o sentido da minha acção?), face ao poder (que posso fazer? até onde a minha acção me pode levar?), uma razão do ser e do ir sendo, mais do que o ter ou do produzir” (Neves, 2002:30).

A bioética não é uma nova versão melhorada da ética. A sua importância é visível pela abrangência temática e disciplinar sobre tudo o que se relaciona com o homem e com a vida, tais como o meio onde o homem está inserido desde a extinção de animais ao esgotamento dos recursos naturais, até aos desequilíbrios sociais entre países ricos e pobres bem como os problemas nucleares. É desta variedade que surge uma participação e consequente decisão da sociedade, abrindo as portas aos leigos, profanos, simples utilizadores das técnicas, em suma ao público em geral, não com o intuito de lançar inquéritos ou manipular informações de forma a obter uma decisão por parte da população, mas sim obter uma mudança gradual de mentalidades e de actos através de uma informação adequada, completa e pertinente (Archer, Biscaia e Osswald, 1996).

Atendendo ao conjunto de variáveis que estão em jogo, o aparecimento de dúvidas e questões é cada vez mais frequente e susceptível de provocar indecisões na mais segura das pessoas. Woods (2001) sistematiza um conjunto de elementos que podem estar presentes em dilemas bioéticos, levando os participantes a entrar numa crise moral. A religião, crenças culturais e valores estão envolvidos nesses elementos, tais como: a decisão envolta do tratar ou não tratar; um elevado grau de incerteza e desconfiança ética; desacordo entre profissionais de saúde e família entre os conhecimentos médicos e as crenças pessoais; a consideração em utilizar meios legais para forçar uma decisão tomada; a possibilidade de mediatizar o caso.

Neves (2002) refere que a par de outros países, Portugal também se vê envolvido em questões que suscitam uma análise mais profunda e especializada que vá ao encontro de um consenso legal, profissional e social. Na saúde, a primeira comissão de ética hospitalar surgiu em 1986 no Hospital da Universidade de Coimbra e desde então têm surgido mais em várias instituições. Com a devida fundamentação legal e o reconhecimento da sua utilidade, as comissões de ética, tem contribuído para a promoção da qualidade e humanização dos serviços de saúde.

No princípio da década de 90, por necessidade de complementar e solidificar projectos e pareceres referentes a questões de ordem ética, surge o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida criado pela Assembleia da República, cuja principal competência, e da qual se desenvolvem as restantes, é “analisar sistematicamente os problemas morais suscitados pelos progressos científicos nos domínios da biologia, da medicina ou da saúde em geral” (art. 2º, nº 1ª da Lei n.º 14/90 de 9 de Junho). Este conselho é responsável por emitir pareceres que se baseiam em modelos e perspectivas definidos, destacando-se a importância e respeito que atribui ao princípio supremo da dignidade humana determinado pela Declaração Universal dos Direitos do Homem e que se sobrepõe a qualquer pragmatismo ético e relatividades morais existentes. No entanto o problema persiste: como aplicar um princípio (universal e formal) e regras (gerais e abstractas) às situações ou casos concretos que ocorrem na realidade clínica actual?

## **1.2- BIOÉTICA EM SAÚDE**

O paternalismo médico (derivado da tradição hipocrática), enquanto referencial ético na nossa sociedade, revela-se actualmente insuficiente, pois os direitos dos doentes tem vindo a prevalecer e a fortalecerem-se, mas também porque surgiram novas questões que não conseguiam ser fundamentadas pelas respostas éticas existentes, cedendo a ciência e filosofia por uma busca da verdade e do bem absolutos (Archer, Biscaia e Osswald, 1996). Um dos problemas em

discutir bioética em saúde é o facto de não haver respostas simples a atingir, e decisões certas ou erradas a tomar, com a agravante da constante mudança dos padrões de saúde, doença e morte, renovando os problemas que se discutem e acrescentando mais uns para resolver.

O caso paradigmático e pioneiro destas questões na saúde, referido por Archer, Biscaia e Osswald (1996) e por Neves (2002), ocorreu na década de 60, referente aos critérios estabelecidos pelas primeiras comissões de ética, no sentido de criar uma lista de doentes insuficientes renais que estariam dentro dos parâmetros requeridos à realização de hemodiálise (técnica recente nos EUA), e que devido ao pequeno número de máquinas e condições de realização desta técnica, tinha que se delimitar quem seriam os beneficiários em detrimentos de outros, cujo desfecho seria a morte. Da rápida evolução dos padrões de mudança decorrentes dos avanços científicos e tecnológicos, especificamente na área da saúde, e da dilatação das fronteiras existentes que delimitam as nossas normas e valores, cria-se e desenvolve-se um “subproduto” da ética com origens e fundamentos na tradição hipocrática médica e específica para os dilemas criados num admirável mundo, a bioética (Archer, Biscaia e Osswald, 1996; Daulaire, 1999; Thompson, Melia e Boyd, 2004).

Juma e Yee-Cheong (2005) referem que a inovação tecnológica em saúde requer estratégias de longo prazo que coloquem a ciência e a tecnologia no centro dos esforços para melhorar o bem-estar do ser humano mas, como defendem Archer, Biscaia e Osswald (1996), tem de haver uma moderação evidente no sentido de contornar os factores considerados responsáveis pelo surgimento da bioética, sendo eles: os abusos na experimentação humana, o desenvolvimento de novas tecnologias e a insuficiência dos referenciais éticos tradicionais.

Após o aparecimento dessas inovações, podem surgir novos obstáculos que suscitam uma ponderação por parte dos profissionais que lidam com as mudanças, exigindo um grau variável de maleabilidade às novidades introduzidas. De acordo com Fitzgerald et al (2002), o processo de difusão do conhecimento e de adopção de novas práticas e tecnologias, em cuidados de saúde, está condicionado por três factores:

- i) O processo para a aquisição de credibilidade e de evidência científica é interpretativo e negociável. Um conhecimento novo tem que ser aceite antes de ser utilizado, uma vez que se considera que muitas descobertas são ambíguas e contestáveis.
- ii) A utilização de novas práticas envolve activamente quem as adopta, facilitando interacções importantes entre os profissionais e a inovação, e entre diferentes grupos profissionais.
- iii) O processo de difusão é influenciado pelas relações existentes no sistema e pelo contexto do meio envolvente.

Também derivado da inovação e actualização tecnológica, os aspectos económicos são actualmente um tema recorrente na discussão da saúde em Portugal, sendo esta tutelada pelo Ministério da Saúde através do SNS actual, após ter sofrido um processo evolutivo de aperfeiçoamento, com o objectivo de garantir a equidade em saúde, em detrimento da negação de cuidados médicos, preconizando-se uma tendência gratuita do serviço, mas admite a responsabilidade financeira dos seus cidadãos. Este objectivo é descrito e fundamentado pelo estado português na Constituição da República Portuguesa (2004), no art. 64, promulgado pela lei 1/92, nos pontos 1,2,3 e 4, reforçado e formalizado na lei do SNS, aprovada pela Assembleia da República em 1979 e ainda em vigor, e pela Lei de Bases da Saúde de 1990 (Lei nº48/90), bem como pelo Estatuto do SNS (DL 11/93, de 15 de Janeiro de 1993) publicado posteriormente à última revisão constitucional (Neves 2002).

Este sistema de saúde foi adoptado a par de outros países, e acarretam aspectos positivos e negativos. Por um lado garante a igualdade entre todos os cidadãos independentemente das diferenças existentes, mas em contrapartida os custos associados a esta opção são demasiados elevados e requerem uma gestão cuidada, não só pelas derrapagens de orçamento para a saúde, mas também pelas alterações demográficas a que a sociedade está sujeita. Este dilema, sistematizado em alguns itens, revela que os factores que promovem o aumento da despesa com a saúde, Neves (2002) são:

- O aumento da esperança de vida das populações.

- A diminuição das doenças de tratamento rápido, fácil e pouco dispendiosas em detrimento das doenças crónicas, de tratamento prolongado, difícil e dispendioso.
- A evolução tecnológica (quer no custo dos exames, quer no uso de tecnologia para tratamentos).
- O aparecimento de doenças novas e de tratamento dispendioso ou que necessite de investigação.
- As doenças neoplásicas (que aumenta com a esperança de vida e cujos tratamentos são dispendiosos).

Quanto à responsabilidade dos profissionais de saúde, esta está contemplada quando existe um acordo e possibilidade de pagamento, por parte do doente, que beneficiará de tratamentos completos e dispendiosos enquanto for ele a pagá-los, em privado. Já no SNS, em que são os dinheiros públicos que estão a ser usados, os profissionais de saúde tem o dever de ajustar as despesas que vão criar com as suas decisões, recursos disponíveis, oferecendo ao doente os melhores cuidados possíveis e que a sociedade possa pagar. A atribuição de recursos escassos para os cuidados de saúde é uma questão eticamente difícil e deve ser gerida de forma coerente, eficiente e eficaz dentro das possibilidades existentes e alcançáveis, onde deve haver uma regulação quer do estado enquanto financiador, mas também dos utilizadores e profissionais de saúde enquanto gestores (Serrão e Nunes, 1998; Neves, 2002; Brunner e Suddarth, 2002).

Com a tecnologia (limitada e dispendiosa) e os orçamentos na saúde (restritos e obrigatoriamente bem geridos), cabe aos profissionais de saúde a gestão destes meios, mas não esquecendo que na saúde o objectivo central no processo de saúde pertence ao utente. A autonomia de decisão e participação no seu processo de restabelecimento para a saúde é um direito do utente, permitindo conhecer e compreender as manifestações da vontade do utente em recusar parcial ou totalmente os tratamentos e cuidados oferecidos. Um exemplo extremo, adequado a este tema, é o denominado “testamento de vida”, que são documentos elaborados e fundamentados legalmente e que servem de decisores em caso de necessidade de elaborar opções terapêuticas. Estes testamentos tem como principal vantagem permitir uma comunicação eficaz entre profissional de saúde e



doente precavendo as eventualidades a que o último pode estar sujeito, mas em contrapartida, a limitação temporal do documento é um entrave à sua durável utilização, pois as opiniões mudam consoante a situação do momento e das possibilidades terapêuticas disponíveis (Jonsen, Siegler e Winsdale, 1999; Neves, 2002; Ministério da Saúde, 2006a).

De um ponto de vista mais técnico, em caso de ausência de raciocínio e de reflexos, Neves (2002) e Jonsen, Siegler e Winsdale (1999) consideram ser factores determinantes para a suspensão de actos de cuidados, o que acabará por gradualmente levar à morte da pessoa, ou seja, não há nenhum acto que provoque a morte de alguém, o que ocorre é a suspensão de actos que mantinham as funções vitais. Callahan supracitado por Jonsen, Siegler e Winsdale (1999), refere-se a esta situação como uma recusa de tratamento desproporcionado, que consiste na suspensão ou abstenção de meios extraordinários de tratamento, quando estes se demonstram comprovadamente ineficazes, mas o enquadramento legal pode ser dúbio o que promove uma política defensiva nos profissionais de saúde e, conseqüentemente, um círculo vicioso entre usar meios dispendiosos, com tecnologia recente e mais segura, promovendo uma menor capacidade de decisão por parte dos utentes e família, que se tornam mais exigentes, sendo necessário utilizar mais meios...

Neves (2002) afirma que a conjuntura actual que se vive no SNS exige uma defesa profissional, devido aos procedimentos judiciais por negligência, que incitam indirectamente ao uso e abuso de terapêutica e técnicas de forma desproporcionada, devendo-se nestas situações apelar à questão elaborada por Leon Kass, referido em Jonsen, Siegler e Winsdale (1999): “será que este tratamento diminui o sofrimento, o desconforto, e a dor do doente ao nosso lado?”, em vez de “será que esta intervenção prolonga a vida do doente?” Assume-se assim um papel preponderante de equilíbrio das acções realizadas em contexto de unidades de saúde, podendo essa função ser atribuída aos enfermeiros, desde que munidos de conhecimentos teórico-práticos adequados a intervenções sobre questões bioéticas.

### 1.3- BIOÉTICA EM ENFERMAGEM

Em enfermagem como em qualquer área profissional, todos os factores contam para a complexidade de decisões a tomar, com a agravante que na saúde a tolerância ao erro deve ser a menor possível, pelo facto de serem vidas humanas e a saúde individual e/ou pública que estão no centro das acções desenvolvidas. Estabelecendo como objectivo a erradicação do erro, é proveitoso utilizar as ferramentas que possuímos para esmiuçar os problemas que vão surgindo, decorrendo deste pressuposto a mais-valia que existe na bioética, ao recorrer a disciplinas de conhecimento que auxiliam na fundamentação de resoluções, muitas delas não relacionadas directamente com a área do dilema em questão (Neves, 2002).

A bioética em enfermagem incorpora-se dentro das ciências da vida, permitindo aprofundar conhecimentos já existentes noutras áreas onde não é tão evidente uma conexão de conteúdos à enfermagem, mas que acabam por influenciar uma forma de pensar dentro da profissão, tais como as identificadas por Nunes (2004): a ética médica e a bioética clínica que de certa forma estão ligadas às práticas de enfermagem pelas influências históricas da nossa profissão; o dever de cuidar e as suas ramificações deontológicas, cuja influência prática é visível nos actos diários dos enfermeiros; e a utilização de aspectos jurídicos que forjam formas de pensar e agir.

Estas influências associam aspectos pontuais, que marcam o percurso realizado pelos enfermeiros, e aos quais se aliam actos que permitem uma identificação inerente à profissão e práticas de enfermagem. A publicação do REPE e o seu significado para a enfermagem, permitiu regulamentar intervenções autónomas e interdependentes, agregando-se aos actos praticados, uma responsabilidade formal e alterações consequente na forma de pensar acerca dessas intervenções e ética ligada a elas. Outro aspecto pontual refere-se à formação, quer em serviço, quer em contexto escolar/universitário como uma mais valia para a profissão, e consequente valorização dos conhecimentos e pensares em enfermagem. Estes e outros factores permitem não só moldar os

aspectos bioéticos da profissão, como também verificar os que já existem, para que sejam aferidos e mudados à luz do nosso tempo (Nunes, 2004).

Existem situações com contornos pouco definidos que fazem interagir aspectos relacionados com a ética profissional e a bioética, onde o confronto de ideias, posições e decisões estão imiscuídos não só numa área específica aos enfermeiros, mas também na sua actuação e relação perante o doente e restantes profissionais de saúde. O compromisso de cuidar do utente em todas as fases do seu ciclo de vida, é imediatamente associado e protocolado à ética profissional, atribuindo-se por acréscimo um papel de gerir e actuar em conformidade com os casos e as limitações do utente. Atendendo a estas funções seria oportuno definir questões de decisão ética específicas para a enfermagem, entre as considerações clínicas e as considerações do próprio doente, criando-se um enquadramento ético e legal, que atenderia às razões de suspensão ou não de tratamentos, entre outras reflexões (Jonsen, Siegler e Winsdale, 1999).

Um exemplo comporta a situação clínica do utente e aos dados disponíveis, onde poderá haver uma indicação escrita em processo clínico que estabelece a não realização de manobras de reanimação cardio-respiratória em caso de paragem cardio-respiratória, denominadas de “ordem de não reanimar”, subsistindo todos os outros cuidados, bem como todas as medidas de conforto, higiene, analgesia ou intervenções cirúrgicas consideradas necessárias.

Os critérios que estabelecem as indicações de reanimar ou não variam consoante a instituição, serviço e profissional de saúde, bem como a inclusão ou não do doente na decisão (quer devido à formação ética dos intervenientes, quer devido à impossibilidade do próprio tomar a decisão, tendo esta de ser tomada por familiar ou substituto). O corpo de enfermagem deverá actuar em conformidade com os seus padrões bioéticos para que fragilidade destes casos não ameace a integridade profissional dos seus profissionais, e que simultaneamente seja salvaguardada a posição da família e, acima de tudo, permita agir em favor do bem para o utente como deve ser objectivo da ética em enfermagem (Sweringen e Keen, 2001; Neves, 2002; Nunes, 2004).

Nesta profissão deve haver a noção de que, apesar das mudanças e evoluções, há na vida aspectos básicos que não mudam desde o nascimento até à

morte, cabendo ao enfermeiro o papel de prestar cuidados profissionais, bem como apoio emocional, empático e espiritual às pessoas em crise, ajustando aos tempos e às condições existentes a melhor forma de actuar. Segundo Thompson, Melia e Boyd (2004), Aristóteles definiu a ética como uma ciência prática, pois era baseada na acção e devia auxiliar na tomada de decisões de problemas reais. Esta definição pode ser transposta para a actualidade, e particularmente, justifica a sua associação a uma profissão de cariz prático como a enfermagem, aliando-se o dever de serem agentes morais capazes de actuar e decidir em contexto de dilemas bioéticos, utilizando os instrumentos fornecidos pelos conhecimentos adquiridos, pelas práticas treinadas e pela experiência vivida.

O indivíduo que principia a profissão de enfermeiro age, numa fase inicial consoante as suas experiências de vida, mas depressa apercebe-se das especificidades e dificuldades existentes na área da saúde, acabando por percorrer um caminho que moldará consciente e inconscientemente os seus valores e normas, assim como as suas acções, visíveis no papel social que adquiriu ao nível micro do serviço e macro da sociedade. A sua forma de agir eticamente também está sujeita a alterações e a indecisões que só com algum investimento pessoal de forma individual ou colectiva irão permitir uma adequada adaptação à sua nova realidade, pois existe uma transição ao nível funcional sem que o processo de socialização esteja totalmente completo (Neves, 2002; Thompson, Melia e Boyd, 2004).

Para que haja uma harmonia entre os enfermeiros e a bioética torna-se necessário desmistificar esta última, pois o debate de assuntos bioéticos, particularmente em enfermagem, são identificados como algo subjectivo e afastado de discussão, por derivarem de pensamentos que colocam estes temas em esferas pessoais (como sentimentos, atitudes e preferências). Há que ter a noção de que a bioética incorpora aquelas características, mas também é um assunto público em busca da melhor solução para os dilemas contemporâneos. Sobre os aspectos práticos que incorrem da bioética para os cuidados prestados deve-se ter a consciência de que existe uma influência destes assuntos relativamente às validades intelectuais, morais e competências dentro da profissão, manifestando-

-se em aspectos como a responsabilidade, autonomia e relação terapêutica (Neves, 2002; Thompson, Melia e Boyd, 2004).

De um ponto de vista prático, estes três aspectos atrás referidos, Thompson, Melia e Boyd (2004) abordam a sua interligação manifestada pela atribuição em linha hierárquica de responsabilidades, sendo estas imputadas a colegas com mais tempo de serviço ou competências de funções. Para além deste entendimento entre a classe, existe uma relação de poder ao nível da equipa de saúde que tem de ser coordenada e definida não só quanto às suas responsabilidades, mas também quanto aos seus papéis, regras e linhas de comunicação, contribuindo para a clareza da ética em enfermagem, através da regulação e definição dos aspectos éticos nas diversas actividades existentes.

A enfermagem vê-se assim incluída num contexto de saúde, onde são vários os factores que jogam a favor e contra as suas actuações, sendo muitos os deveres e direitos por parte dos actores envolvidos no âmbito da saúde-doença e bioética a eles associados. A bioética em enfermagem é um campo vasto, com inúmeras hipóteses de actuação e reflexão, e que faz parte dos atributos de uma profissão com práticas e preocupações próprias que devem ser trabalhadas em conjunto com os pares e restantes intervenientes, com ênfase no utente como objectivo último das correctas práticas de enfermagem. Existe um papel decisivo no apoio e acompanhamento de situações de dilema bioético, durante todo o processo de alteração do padrão de saúde do utente, e é com apoio de disciplinas como a bioética que permitirem aos enfermeiros uma função fundamental de auxílio em situações críticas (Pacheco, 2002).

## **2- SOBRE OS CONTEXTOS DA SAÚDE**

Para entender os factores que influenciam decisões, actos e desfechos clínicos, é necessário contextualizar o meio ambiente específico onde se pretende agir, bem como toda a sua complexidade e interligação de agentes nele envolvido. Os actores e serviços de saúde têm em mãos o papel de lidar com uma das condições humanas mais importantes – a saúde – sem a qual a qualidade de vida é seguramente afectada e diminuída.

Com o objectivo de caracterizar e descrever os elementos que interagem no contexto da saúde, elaborou-se: uma investigação que enquadra a profissão “enfermagem” dentro do tema do cuidar; uma pesquisa sobre a qualidade da vida e da morte de uma pessoa num contexto de cuidados de saúde e da bioética; e uma descrição referente aos cuidados intensivos sobre a sua definição, caracterização e especificidades.

### **2.1- O CUIDAR COMO ACTO PROFISSIONAL**

Para Collière (1999), a essência da profissão “enfermagem” deriva dos primeiros cuidados prestados pela espécie Homo, os quais eram imprescindíveis para a sobrevivência e continuidade da vida em grupo e do grupo, e aos quais se adicionam o papel social atribuído a determinados elementos desse grupo, que tinham a função de manutenção e desenvolvimento da vida, bem como o recuo da morte.

Surge uma primeira concepção de bem e de mal relativamente à saúde, ou seja, a percepção de que o mal provoca mal-estar e que se encontra em antagonismo com o bem, que era tudo o que faz viver. Para devolver o equilíbrio perdido, era necessário zelar por aqueles que necessitavam de atenção, usando práticas que permitissem restabelecer os seus padrões de vida ou que retardassem a sua morte. Emerge o conceito de cuidar, sendo este responsável por “manter a

vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação” (Collière, 1999:28-29).

Como as condições eram precárias e a morte uma situação frequente, impôs-se o desenvolvimento e aprofundamento dos conceitos e práticas, através do conhecimento e descoberta do universo circundante, com o intuito de contornar e adiar a inevitabilidade da morte. Os elementos dos grupos dividem funções onde à mulher é atribuído o cuidado, e aos sacerdotes rituais a deliberação do que é bom e do que é mau, estabelecendo regras e práticas que se traduziriam em tradições e afirmações a adoptar nas épocas vindouras (Collière, 1999; Messadié, 2001).

De acordo com Collière (1999) e Hesbeen (2000), o cuidar é universal e comum em todas as sociedades antigas, pois os objectivos eram iguais para todos eles, bem como o modo de vida dos habitantes nessas sociedades era semelhante. Nesta época, os conhecimentos e capacidades exigidas para cuidar eram adquiridos através de um saber de experiência feito e eram transmitidos, na sua maioria, oralmente dentro da família ou de um grupo de pessoas a quem eram atribuídas estas funções, tornando o acto de cuidar um acto restrito, familiar onde se recorria, em caso de necessidade a conhecidos pelos seus feitos e sucessos. Mas com o decorrer do tempo as diferenças sociais, económicas, de distribuição geográfica e populacional foram aumentando, particularizando as acções cuidadoras dessas sociedades, onde o cuidar é obrigatório mas a forma de cuidar é diferente tal como se verificava na Europa relativamente ao resto do mundo no renascimento.

Os cuidados ao corpo foram sempre articulados com os conhecimentos práticos adquiridos nos tratamentos e cuidados ao indivíduo, mas quando algo ultrapassava o conhecimento apelava-se ao extra-corporal, apelava-se ao religioso. Com a instauração e solidificação da igreja no padrão social medieval, associou-se-lhe uma forma de cuidar específica onde prevalecia o processo de cura espiritual em detrimento do corpo. No entanto, é inegável o contributo que cresceu desta cultura religiosa, relativamente à colecção de saberes que serviriam de base para o desenvolvimento futuro da enfermagem, bem como a objectivação de valores e normas adaptadas ao ser humano, muitas delas servindo de base para

muitas dos critérios utilizados para os valores e normas actuais na vida e na morte (Collière, 1999; Messadié, 2001).

Foi com esta sistematização do cuidar que se verificou a transferência dos cuidados em ambiente de família ou comunidade para um ambiente próprio e indicado para essa função. Segundo Carapinheiro (1998), os cuidados eram executados em estabelecimentos religiosos, como igrejas e conventos, e executado por homens e mulheres da igreja, cuja vocação em servir Deus se manifestava pela caridade de servir o Homem. O termo latim para definir esses locais específicos dentro dos recintos religiosos era *Hospitalarium*, nome oriundo da época romana que denominava o local onde se recebiam as visitas.

Aproveitando e especializando estas estruturas físicas houve uma evolução no sentido de criar edifícios próprios, fora dos recintos religiosos e com pessoal cada vez mais especializado e preparado teoricamente para exercer funções de medicina, tratamento e cuidados a doentes e vítimas de guerras. Houve uma separação de cuidados atendendo a juízos diferenciadores, como por exemplo os cuidados que eram prestados atendendo ao critério de riqueza ou elevado estatuto social, onde quem tinha posses optava por médicos privados, e quem não tinha posses limitava-se a ser cuidados em misericórdias e sujeitos à caridade (Carapinheiro, 1998).

A formação de profissionais que exerciam medicina era escassa, assim como eram escassos e dispersos os avanços que surgiam nesta área. Apesar dos conhecimentos continuarem a ser obtidos, na sua maioria, por meio da experiência, só o facto de serem leccionados em locais que permitiam uma discussão e interpretação do que era observado e sabido, permitiu uma sistematização e compilação de conhecimentos, com o consequente crescimento de forma exponencial desses saberes, associando-se aos que foram desenvolvidos noutras áreas que contribuíram directa ou indirectamente para a disciplina encarregue de tratar e cuidar das pessoas. A medicina científica nasce no século XIX, com a intenção de ser promovida à categoria de ciência, passando a ter uma componente experimental muito forte, em que os seus considerados fundadores, François Magendie (1783-1855) e Claude Bernard (1813-1878), enveredam por uma medicina experimental entrando em ruptura com a medicina de observação,



fundada por Hipócrates, medicina esta que na sua época também tinha entrado em ruptura com as práticas mágicas dos adivinhos, e metodicamente aprendeu o que era a doença tendo em conta o próprio doente (Hesbeen, 2000).

Para Collière (1999) e Hesbeen (2000), esta medicina foi-se tornando muito física, considerando o Homem como uma máquina, dissociando a doença da pessoa enquanto sujeito, o que focaliza muitas atenções na sintomatologia, relegando os aspectos humanos para segundo plano. É neste contexto que surge no século XIX um corpo profissional que inicialmente acompanha o desenvolvimento da medicina científica com funções de colaboração, desempenhando um papel passivo relativamente às suas formas de participação.

Com o desenvolvimento e explosão de ciências humanas e sociais, e respectiva valorização de aspectos anteriormente ignorados e/ou negligenciados, como as vertentes psicológica, sociológica e familiar da pessoa, a profissão “enfermagem” é assumida como uma mais valia para o restabelecimento dos doentes, existindo uma complementaridade com o médico onde este assume uma postura mais virada para o corpo-objecto, o tratamento da doença, a cura, enquanto a enfermagem assume o cuidar como objectivo do seu trabalho, ou seja, o corpo-sujeito, de uma forma holística, devidamente enquadrado num contexto mais amplo que o da doença física que existe (Hesbeen, 2000).

Os enfermeiros tornaram-se detentores de uma postura própria, mas muito agregada aos conhecimentos médicos, problema que foi identificado, já no tempo da fundadora desta profissão, Florence Nightingale, em que defendia que havia necessidade de se adquirir um conhecimento distinto do conhecimento médico. Mas as orientações que os enfermeiros deviam seguir foram contaminadas e houve também uma cisão entre as práticas de enfermagem: uma prática virada para o bem-estar global do doente e outra virada para a cura do doente (Ribeiro, 1995).

A postura de representar a saúde e doença, em que saúde corresponde à ausência de doença é um conceito abordado por Honoré (2002) em que se pensa que o restabelecimento da saúde surge com a erradicação da doença, o que nos faz retornar ao modelo biomédico utilizado pelos profissionais de saúde, onde se centram as atenções na doença e na parte do corpo a que está associado, em

detrimento da globalidade humana. O mesmo autor atribui uma característica qualificável à saúde em que se identificam normas e formas que nivelam o nosso modo de viver a saúde, aos quais, em determinados pontos críticos, tais como o nascimento, as doenças, acidentes e a morte, é necessário ultrapassar de forma a restituir o equilíbrio original.

Por ser o processo mais visível na evolução do restabelecimento de uma pessoa que se encontra doente, todas as actividades subjacentes ao modelo biomédico tornam-se detentoras de preferência, o que é perceptível na sistematização de conceitos e práticas adaptadas ao ensino das ciências médicas, à divisão de especialidades profissionais na medicina por aparelhos e órgãos, e consequente divisão nos hospitais em valências especializadas (Collière, 1999). Pela conotação técnica que os cuidados intensivos têm, percebe-se o fascínio abordado por Ribeiro (1995) referindo um estudo de Saiote, onde se evidencia a atracção dos profissionais de enfermagem recém formados para os serviços de cuidados intensivos e urgência, pelo valor acrescido que dão ao tratar, em detrimento do cuidar apesar de esta ser a área que, segundo Hesbeen (2000), a enfermagem deveria aprofundar.

Costa (1998) menciona a ênfase que os cuidados de enfermagem dão à cura e que esses cuidados deixam de ter sentido quando essa cura não é conseguida. Também são evidentes os aspectos práticos que a profissão valoriza, em torno de tarefas, algumas transformadas em rotinas, sistematizando os procedimentos e técnicas em detrimento do conforto e atenção aos utentes internados. Manifestado pela insatisfação dos utentes e dos próprios enfermeiros, impõe-se a mudança, através da ruptura com os hábitos e rotinas instituídos, com a criação de uma nova forma de pensar, inovadora e argumentativa relativamente a antigos postulados.

Também Collière (1999) afirma que existe uma tendência de olhar o utente atendendo à doença que tem privilegiado os tratamentos a cumprir em detrimento da comunicação, e tem valorizado os aspectos objectivos da situação em prejuízo da subjectividade e sentimentos dos doentes sobre a sua experiência da doença e efeitos do tratamento, tornando a participação do utente nos seus cuidados como praticamente nula.

Para ultrapassar esta questão de acoplagem ao modelos biomédico surgiram diversos modelos conceptuais de enfermagem que tem em comum o facto de serem centrados no utente como sujeito dos cuidados numa perspectiva holística, quer na acção de enfermagem, quer na relação entre estes e o utente, apresentando os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem como conceitos chave em todos os modelos. Em síntese as abordagens propostas pelos modelos teóricos diferem ligeiramente entre si, mas centralizam-se todos nas necessidades do utente, para os problemas decorrentes do seu desequilíbrio ou instabilidade numa perspectiva holística, procurando a participação deste no auto-cuidado e nas tomadas de decisão de modo a promover o máximo de potencial de saúde e bem-estar (Ribeiro, 1995).

Actualmente a profissão da enfermagem é considerada como uma disciplina que utiliza metodologia científica, que tenta a sua inserção num espaço restrito e elitista, com as dificuldades que daqui advêm. Lopes (2001) afirma a importância de entendermos as concepções existentes nesta profissão, para conhecer o passado, as origens, a história dos antecessores desta profissão, bem como entender o que se passa no presente relativamente aos cuidados prestados aos utentes.

## **2.2- QUALIDADE DA VIDA E DA MORTE**

À profissão de enfermagem, são-lhes atribuídas funções específicas e exigida qualificação de modo a prever e intervir de acordo com os sinais interpretados pela observação do doente e da monitorização à qual ele se encontra sujeito. Apesar de o cuidar ter a mesma origem e definição, a especificidade de um área como cuidados intensivos implica uma abordagem particular de certos aspectos como no caso da qualidade da vida (e da morte) nestas unidades em particular.

A par do conceito de saúde, definir qualidade de vida é algo que pela sua subjectividade e abrangência se torna complicado. Nunes (1999) afirma que este conceito é um conceito comum, mas de termo vago em que cada um de nós emite

uma imagem própria. Condensando a opinião de diversos autores, o conceito de qualidade de vida varia pois trata-se de uma avaliação subjectiva da pessoa sobre o grau de satisfação das suas necessidades nos vários domínios da vida, domínios que incluem: a auto-realização, a saúde, a vida familiar e social, a situação de trabalho, a segurança pessoal e a habitação. Um grupo de trabalho da Organização Mundial de Saúde para a Qualidade de Vida resume a definição deste conceito como uma percepção individual da sua postura na vida num contexto cultural e de sistema de valores no qual se vive, e da relação com os objectivos pessoais, as expectativas e as preocupações. É ainda definido como um conceito amplo, perturbado de modo complexo pelo nível de saúde pessoal, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relação com aspectos importantes do ambiente em que estão inseridos (Bowling, 1995).

De facto, a saúde é uma das principais condicionantes para que os padrões de qualidade de vida pessoal sejam verificados na sua plenitude. Historicamente, a ciência médica do século XIX não tinha resposta terapêutica para doenças que hoje em dia são banalizadas, mas os conhecimentos e avanços tecnológicos que evoluíram e permitiram tratamentos que revolucionaram a prática da medicina, elevaram a média de idade de esperança de vida. Esta longevidade transformou o padrão de doenças existente, pois algumas delas evoluíram para um estado de cronicidade, uma vez que os tratamentos e cuidados prestados permitiam um alívio e cura de sintomas, bem como o restabelecimento do equilíbrio necessário, que noutras circunstâncias seria fatal. Desta forma os conceitos de qualidade de vida alteraram-se sendo necessário intervir nesta área, reequacionando as actuações quer ao nível dos sistemas de saúde bem como dos cuidados de saúde. Analisando com mais pormenor verifica-se que a procura de todos os males conhecidos, associado ao esforço de aumentar o tempo de vida a qualquer custo, nem sempre constitui uma solução ideal para o doente, é necessário que se considere a quantidade de vida associada a qualidade de vida. A qualidade de vida abarca muitos componentes e autores preferem falar em qualidade de vida relacionada com a saúde (Woods, 2001).

Fallowfield, referido por Nunes (1999) aponta o funcionamento satisfatório em quatro domínios, para atingir uma qualidade de vida boa:

- i) Psicológico – um funcionamento saudável permite uma adaptação e ajustamento a doenças de melhor forma.
- ii) Social – a restrição que a doença possa influir na vida social de uma pessoa torna a qualidade de vida mais baixa, como por exemplo a dor ou as restrições físicas a actividades sociais.
- iii) Ocupacional – a ocupação que a pessoa tem (essencialmente profissional, mas também em tempos livres) pode levar à diminuição de qualidade de vida pela incapacidade de poder agir.
- iv) Físico – essencialmente a dor crónica que ao estabelecer-se no corpo limita a qualidade de vida.

Em doentes internados em cuidados intensivos todos estes domínios encontram-se afectados, levando a uma qualidade de vida muito mais baixa o que pode toldar as decisões através das experiências vividas no momento e não de forma coerente e lógica (Nunes, 1999). Cabe aos profissionais de saúde, por possuírem diversos saberes gerados pela sua vida pessoal e profissional, exercerem uma função de peritos, não sob a forma autoritária e de imposição, mas sim de complemento. Importante é fazer com que essa peritagem seja equacionada em equipa, de forma a não haver duplicação ou conflituosidade entre as actuações de cada profissional. A prática de ser perito e conselheiro, é uma prática subtil e complexa pois requer muita naturalidade e paciência, uma vez que o prestador de cuidados nunca poderá atingir o domínio completo da vida das pessoas que precisam dele.

Para atingir uma qualidade no cuidar excelente, é necessário perceber que existe uma dependência directa das decisões que se tomam. No auxílio à decisão deve-se tomar diversas variáveis tanto dos utentes como dos prestadores de cuidados, assim como no ambiente onde estão inseridos, com todas as condicionantes estruturais e regulamentais. A excelência do exercício profissional interliga-se com o conceito de qualidade, não se devendo associar ao termo excelência uma ideia de alcance de um limite, mas sim de uma estabilidade ideal às circunstâncias permitindo ajustes pontuais e ligeiros (Deodato, 2004).

Nos cuidados aos utentes em fase terminal, ou seja, cuja situação clínica é irreversível ou intratável à luz dos conhecimentos actuais, onde a qualidade de

vida e morte atingem o apogeu, existe uma associação de temática da bioética juntamente com aspectos: culturais (como a religião), económicos, legais e técnico-científicos. O prolongamento da vida e definição de morte, são questões que ocorrem frequentemente em unidades de saúde que levantam, na maioria das vezes, discussões acerca de qual a definição a adoptar em determinados casos, onde o peso da qualidade de vida e morte deveria ser equacionado (Archer, Biscaia e Osswald, 1996; Serrão e Nunes, 1998; SCIHJS, 2001; Neves, 2002).

A discussão do que se considera ser “morte” é um tema recorrente, pois o seu conceito como ausência de vida não chega, uma vez que os critérios mudam consoante os avanços dos conhecimentos da época. O critério mais utilizado e melhor aceite pelo senso comum de morte, é a paragem cardíaca e respiratória, onde se observa o término de funções vitais como o batimento cardíaco e a respiração. No entanto com uma eficaz técnica de reanimação cardio-respiratória, e posterior suporte em unidades equipadas com aparelhos como ventiladores, promove-se uma continuidade das funções afectadas por mais tempo (Serrão e Nunes, 1998; Neves, 2002). No entanto, actualmente a condição necessária para suspender os cuidados aos doentes, necessita da comprovação de cessação de funções do tronco cerebral, tal como se define nos EUA e na maior parte da Europa, excepção feita à Dinamarca que reintroduziu o conceito de morte cardio-respiratória.

Estes cenários promovem o aparecimento de dilemas bioéticos, pois com a existência de um aparelho cardio-respiratório e restantes órgãos vitais não afectados, e haver a confirmação de alterações irreversíveis e fatais ao nível do tronco cerebral, os crescentes progressos tecnológicos permitem a manutenção artificial da vida humana com a utilização de meios que reproduzem as funções de um verdadeiro “tronco cerebral artificial”. Como tal a determinação de aspectos relacionados com a qualidade de vida pode ser um factor importante no auxílio à resolução de medidas a tomar, quer sejam elas clínicas, éticas ou de manutenção de uma dignidade humana que deve ser preservada, pois a condição humana implica um conjunto de direitos absolutos que devem ser respeitados. (Jonsen, Siegler e Winsdale, 1999; SCIHJS, 2001; Neves, 2002).

### 2.3- UM CONTEXTO EM ANÁLISE: OS CUIDADOS INTENSIVOS

A evolução dos conhecimentos na área da fisiopatologia e terapêutica, associados aos avanços tecnológicos nos últimos 50 anos, permitiram dilatar os limites dos tratamentos prestados aos utentes, podendo aumentar o tempo de vida destes e salvá-los de situações anteriormente consideradas fatais. São nas UCI que se verifica uma maior capacidade de actuação em função de casos limites que surgem, pois consideram-se como objectivos principais o suporte e recuperação das funções vitais de forma a criar condições de tratamento da doença e proporcionar oportunidade de qualidade de vida futura (Ministério da Saúde, 2001).

Para facilitar uma compreensão da realidade existente em cuidados intensivos e para uma adequada sistematização de recursos físicos, humanos e áreas de actuação, o Ministério da Saúde (2001) elaborou um documento onde se define e reconhece os cuidados intensivos sob diversos aspectos. Assim sendo, as unidades são niveladas atendendo a três critérios que permitem criar uma maior igualdade entre unidades que requerem áreas, missões, objectivos e metodologia iguais entre si:

- i) Prática – assente num contínuo de acções e procedimentos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24 horas por dia.
- ii) Avaliação – faz-se de harmonia com a função atribuída a cada UCI, permitindo definir os recursos necessários para cada unidade, bem como avaliar o respectivo desempenho, de acordo com determinados objectivos.
- iii) Investigação – monitorização contínua de cada um e do conjunto dos doentes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender a doença cada vez melhor, acumular experiência, sistematizar a “memória do serviço/unidade de cuidados intensivos” e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais.

Atendendo a equidade e universalidade dos direitos dos cidadãos, a melhoria dos serviços cria pressões constantes para o atendimento de doentes em cuidados intensivos. Aspectos como o aumento do “consumo” de cuidados intensivos, banalizando os serviços ou o encarecimento das metodologias de monitorização, procedimentos e tratamentos, tornaram necessária uma planificação dos recursos nestes serviços. Desta forma, o Ministério da Saúde (2001), criou uma definição de critérios que serviram para controlar a utilização dos cuidados intensivos tais como:

- ser uma área multidisciplinar do saber médico, não só pela forma como aborda os doentes, e pelo tipo de patologias que trata, mas também pela interdisciplinaridade a que obriga;
- a disponibilidade em camas tem de ser proporcionada às necessidades de saúde da população que o hospital serve, e ao número e tipo de solicitações para cuidados intensivos;
- as UCI têm de ser dotadas de recursos humanos qualificados e treinados para manusear as situações que lhes são confiadas;
- o equipamento tem de ser adequado à missão que lhes é confiada, o que exige preparação adequada para rentabilizar, racionalizar e gerir os vultuosos gastos determinados pelo tratamento dos doentes graves;
- a consciência global destes pressupostos deve obrigar a uma gestão local, regional e nacional, assente em princípios de racionalidade e planificação.

Por fim o documento (Ministério da Saúde, 2001), classifica as áreas onde se praticam os cuidados intensivos, de forma a caracterizar o nível de assistência médica que pode ser posta ao serviço do doente grave. Esta classificação foi adoptada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva referindo três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respectiva unidade hospitalar:

- i) Nível I – Essencialmente visa a monitorização, e pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outras unidades de nível superior.



- ii) Nível II – Habilitada a monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, com acesso permanente a médico com preparação específica, mas sem dispor de acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior.
- iii) Nível III – Devem ter equipas funcionalmente dedicadas, com assistência médica qualificada por parte de um intensivista em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o serviço ou unidade típica dos hospitais com urgência polivalente.

A designação Unidade de Cuidados Intensivos nos hospitais portugueses deve referir-se exclusivamente a unidades de nível III.

Cuidar em cuidados intensivos tem as suas especificidades como em qualquer especialidade médica existente. De uma forma simples, Thelan, Davie e Urden (1996:1) definem cuidados intensivos como “cuidados críticos de enfermagem a utentes altamente instáveis, em alto risco e cujas condições de saúde não variam dia a dia mas minuto a minuto”, o que implica uma actuação rápida, correcta, eficiente e eficaz, para que sejam bem sucedidas as intervenções realizadas.

A existência de meios técnicos avançados e disponibilidade de recursos humanos adequados às necessidades, permite com que as UCI sejam serviços ideais para lidar com situações *life-saving*, ou seja situações extremas onde a são aplicadas todas as condições que permitam salvar a vida de um utente, utilizando técnicas de ventilação ou hemofiltração que substituem temporariamente um défice aos níveis pulmonar e renal respectivamente (Thelan, Davie e Urden, 1996; Sweringen e Keen, 2001).

Luís (2000), afirma que o trabalho desempenhado nestes serviços é conotado com orientações e posturas profissionais tecnicistas em prejuízo da relação, em que os cuidados ficariam desprovidos da sua essência, por não terem acompanhado o ritmo de crescimento científico e tecnológico ao longo dos anos.

Citando Waldow, a autora refere que “o cuidar-cuidado, não foi suficientemente forte para acompanhar o ritmo do crescimento científico e tecnológico, conquistado nestes últimos anos”, sendo ao enfermeiro exigido cada vez mais “uma postura técnica, em prejuízo da vertente relacional” (Luís, 2000:228).

No entanto há autores que discordam desta postura e referem que as intervenções realizadas em cuidados intensivos requerem profissionais de saúde que exerçam uma actividade interdisciplinar, devidamente munidos de conhecimentos e técnica, mas também uma preparação adequada e complexa, ao nível relacional (Thelan, Davie e Urden, 1996; SCIHSJ, 2001).

Torna-se necessário minorar a concepção da falta de humanização em cuidados nesta área de actuação, através da inclusão de condições que permitam dignificar o utente e os cuidados a ele prestados, e nada melhor que a própria inserção do utente e família enquanto sustento da relação terapêutica, fortalecendo laços de empatia que permitem solidificar uma ligação que teve um aparecimento inesperado. A equipa multidisciplinar deve estabelecer uma atitude que optimize o relacionamento humano, repleto de apoio emocional e segurança, além da qualificação técnica (Ministério da Saúde, 2001).

De acordo com um estudo elaborado por Leino-Kilpi et al (2002), as UCI são campos excelentes de estudo relativamente a questões e dilemas éticos devido:

- ao trabalho intenso aí existente e as suas dinâmicas interpessoais e interprofissionais;
- à uniformidade de ambiente entre unidades do ponto de vista internacional o que valida os resultados obtidos em diversas partes do mundo também para Portugal.

Na realidade existente nas UCI, são os cuidados prestados a utentes denominados de “terminais”, o que envolve a definição de morte e prolongamento da vida, suscitando divergências de opinião frequentes, com argumentos variados obtidos em diversas áreas.

Assim como os critérios variam com a evolução tecnológica, o cuidar é actualmente praticado por pessoas que são o produto de uma evolução de conhecimentos, práticas, sentimentos e atitudes, o que tornou o acto banal de cuidar num acto especializado e fundamentado cientificamente exercido em

ambiente próprio por profissionais que a esta função resolveram investir. Uma sistematização e encadeamento de procedimentos e maneiras de pensar, baseadas em factos, podem auxiliar num momento de dúvida, a tomada de decisão melhor enquadrada para aquela situação. Daqui resulta a importância de estudar a decisão à luz não só da experiência na saúde, mas bebendo de outras disciplinas onde o estudo da decisão, dos modelos e métodos adoptados está mais aprofundado.

### **3- DECISÃO E PROCESSO DE DECISÃO**

No sentido de otimizar a procura de uma solução, quando surge um dilema bioético, recorreremos aos aspectos pragmáticos da tomada de decisão, para os quais contribuem todas as informações e conhecimentos deliberados por peritos das diversas disciplinas e áreas do conhecimento que suportam o estudo da bioética, originando dados que fundamentam a elaboração de uma decisão. Nesta realidade específica que se está a estudar, cabe aos profissionais de saúde, através da análise de cada caso, utilizar não só os conhecimentos teóricos e práticos existentes, mas também as concepções fornecidas por uma sociedade responsável, que definiu as principais orientações a adoptar nos dilemas bioéticos emergente, e aplicar o melhor sistema possível que represente a solução ideal para todos os actores envolvidos.

Para enquadrar o tema da tomada de decisão, e sistematizar definições e conceitos essenciais ao seu entendimento, dentro da sua aplicação à bioética e à enfermagem, realizou-se uma pesquisa onde se abordam e caracterizam: algumas teorias de decisão que poderão ter aplicação na área da saúde e suas etapas; os decisores enquanto membros de uma equipa de saúde, e posteriormente um enfoque especial aos enfermeiros; normas e teorias cujo objectivo é facilitar e organizar a tomada de decisão; por fim serão abordados dois casos que requerem uma reflexão em cuidados intensivos numa perspectiva bioética.

#### **3.1- DECISÃO E TEORIAS EXPLICATIVAS**

A decisão é uma área muito estudada nas disciplinas de gestão aplicada a organizações, pela sua importância de otimizar as decisões tomadas face aos problemas existentes e desafios emergentes, no sentido de os ultrapassar e memorizar para ocorrências futuras. Outra área que refere a tomada de decisão é a psicologia pelos seus objectivos de entender os pensamentos e actos humanos

provenientes de situações que requerem uma opção. Por fim a sociologia permite analisar as redes de relações existentes em serviços, com as quais se pode identificar interligações entre os actores que facilitem ou dificultem as decisões, através de jogos de poderes e relações formais ou informais entre os diversos actores sociais.

Os hospitais também recorrem a este tipo de ferramentas e conhecimentos pois são organizações que apresentam problemas de diversa ordem a serem resolvidos. Noutras esferas encontram-se situações que requerem decisões com índice de gravidade mais importante, pois é sobre a vida de utentes que recaem as opções tomadas. Apesar de não ser comparável estes dois tipos de decisão, é desejável tomar as decisões mais adequadas, rápidas e uniformes possíveis, aplicadas aos casos clínicos. Os estudos noutras áreas poderão facilitar esse processo, uma vez que segundo Chiavenato (1998), a teoria das decisões nasceu com a utilidade de explicar o comportamento humano nas organizações.

Ferreira, Neves e Caetano (2001) referem duas orientações nas áreas de estudo da decisão:

- i) Modelo prescritivo – onde se desenvolvem métodos de tomada de decisão racionais e óptimos.
- ii) Modelo descritivo – onde se pretende compreender o que realmente ocorre quando os indivíduos tomam, as decisões.

Do cruzamento destes dois estudos foram criados modelos teóricos adequados a dois níveis de decisão: individual e em grupo.

A nível individual surge o modelo racional onde o interesse próprio do decisor e as suas preferências acabam por determinar a decisão. Existe uma lógica de pensamento que define a racionalidade da decisão e que foi descrito por Bazermanem. Numa primeira fase surge a definição do problema onde se vão procurar informações atendendo à natureza do problema; segue-se a identificação dos critérios de decisão onde o decisor salienta os aspectos mais relevantes para as suas escolhas; o decisor de seguida atribui um coeficiente de importância a cada critério onde as suas preferências são relativizadas entre todas; após estas informações o decisor produz alternativas vislumbrando as hipóteses de contornar o problema com outras soluções; classificando as alternativas quanto aos critérios

em que se vai prever o resultado de cada alternativa; e por fim o cálculo da decisão ótima onde será escolhida a solução que melhor se apresente (Ferreira, Neves e Caetano, 2001).

A teoria da racionalidade é confrontada, por Marsh e Simon citados por Ferreira, Neves e Caetano (2001), pois esses autores referem que existe uma limitação à racionalidade plena de uma decisão, uma vez que mesmo que o decisor tenha consciência de informação suficiente, as limitações do funcionamento cognitivo apenas permitem com que o decisor obtenha uma decisão satisfatória e não uma decisão ótima, ficando esta teoria conhecida como a teoria da racionalidade limitada. Neste caso o decisor selecciona apenas algumas alternativas relevantes e após análise escolhe a opção que atinja determinado nível de aceitabilidade, o que denota uma maior humanização no padrão de decisão do que a impermeabilidade de um modelo racional.

Ferreira, Neves e Caetano (2001) referem ainda uma outra teoria denominada de teoria da previsão, idealizada por Khaneman e Tversky, onde se centraliza a importância que os aspectos específicos inerentes ao ser humano têm em influenciar as decisões, afirmando que a maioria das estratégias que são usadas para decidir tem por base atalhos cognitivos já existentes o que reduz as exigências cognitivas de escolher.

O processo de tomada de decisão realizada em grupo é estigmatizado, pois à partida esta decisão “não tem boa reputação. É tida frequentemente por improdutiva, frustrante e desperdiçadora de tempo” (Ferreira, Neves e Caetano, 2001:413). No entanto as decisões ao nível de grupos são cada vez mais frequentes e muitas dessas decisões atingem níveis de qualidade superiores aos da decisão individual, onde a sua eficácia está dependente das capacidades individuais dos seus membros, da qualidade da informação partilhada, da dimensão do grupo e da natureza do problema.

A decisão na área da saúde, é complexificada pela possibilidade de existirem muitas formas de reflectir sobre os problemas existentes nesta área, quer nas mudanças, quer nas intervenções dessas mudanças, podendo-se construir teorias de decisão se se conhecerem as variáveis envolvidas nas situações que

pretendemos actuar, permitindo ponderar todas as variáveis de forma à sua correcta edificação (Silva, 2004).

O processo de optimização de uma decisão depende da circunstância específica do caso a ser decidido. Stoner e Freeman (1995) defendem que a proximidade à origem do problema melhora a tomada a decisão uma vez que geralmente, quem está mais perto do problema está na melhor posição para decidir o que fazer a seu respeito. Outras condições podem influenciar uma tomada de decisão no âmbito da saúde, tais como:

- Natureza crítica do trabalho – pois decidir sobre a vida de alguém tem um peso monumental nos decisores.
- Quantidade de informação disponível – pois permitirá pesquisar temas que auxiliem ou seja compatíveis com a decisão mais adequada a tomar.
- Capacidade individual de decisão – é fundamental pois incluem-se experiências individuais de vida e de profissão de cada um, para além da necessidade de uma personalidade capaz de tomar decisões difíceis.
- Criatividade e inovação – enquanto factores que em alguns casos podem ultrapassar algumas dificuldades inerentes a decisões.
- Tempo disponível – necessário para ponderar as decisões, embora por vezes não haja possibilidade de estender o tempo.
- Existência de regulamentos e pareceres escritos – pois permite aplicar na prática o que foi previamente estudado e aferido em outros casos semelhantes, ou por teóricos que estudaram o caso.
- Atitude da organização – face as decisões e à postura necessária a apoiar os elementos nas decisões a tomar.

Apesar das teorias serem ou não as mais adequadas, as decisões são feitas por pessoas, com o intuito de optar pela melhor solução. A organização dos sistemas das instituições hospitalares podem ter em comum aspectos com as estruturas de outras áreas, mas certamente o seu funcionamento interno também terá algumas especificidades, nomeadamente ao nível de funcionamento das equipas de saúde.

### 3.2- A DECISÃO EM EQUIPA

As instituições de saúde são locais onde se lida com a recuperação de indivíduos que se viram confrontados com alterações no seu padrão de vida num momento pontual e que os acompanhará, mais ou menos intensamente, ao longo do seu percurso de vida. O apoio especializado por parte de profissionais que desempenham funções de suporte e substituição nas actividades diárias de vida que foram afectadas, visam promover o retorno a uma vida o mais próximo do que era antes dessas alterações que provocam um desequilíbrio global. Os hospitais fazem parte dessas instituições, funcionando com pessoas para as pessoas, regidos a nível macro por indicações deliberadas pelo Ministério da Saúde e Ordens ou associações que regulem as profissões, e a nível micro pela dinâmica histórica do próprio hospital, dos seus trabalhadores e das ligações, formais ou informais, entre eles, influenciando o funcionamento e modo de pensar.

Os profissionais que trabalham nos hospitais enquadram-se segundo Pereira (1999), Monteiro (1999), e Ferreira, Neves e Caetano (2001), num modelo específico de gestão, definido e padronizado por Mintzberg, denominado de burocracia profissional. Este modelo possui a característica de que “a coordenação é atingida pelo facto de os seus membros serem altamente competentes nas suas funções” (Pereira, 1999:104), o que se reflecte no trabalho dos profissionais, levando a uma independência de funções. Como refere Monteiro (1999:318), “o elevado nível de qualificação dos profissionais dificulta ou impossibilita a supervisão hierárquica”, tomando uma configuração descentralizada em termos de poder, a qual é controlada sob a forma de sistemas organizacionais, identificados por Miner e citado por Monteiro (1999), sendo o que melhor se aplica a sistemas baseados no conhecimento, onde este é considerado um recurso estratégico, logo algo a ser requerido e desenvolvido.

As equipas de saúde são dos últimos grupos heterogéneos de profissões num hospital e, segundo Motta (2001), elas tanto tem de entidades com autonomia e independência, como de fazerem parte de uma rede complexa de relações em constante mutação, onde cada um dos actores altera os seus serviços em função das alterações das necessidades das pessoas. A existência de um diálogo



estratégico permite compartilhar expectativas, intenções e análises sobre o funcionamento de uma equipa de saúde e respectivo funcionamento. Este diálogo desenvolve uma vertente quer técnica, quer humanista, permitindo expandir o pensamento sistémico e envolve as pessoas numa interacção significativa entre valores e o futuro.

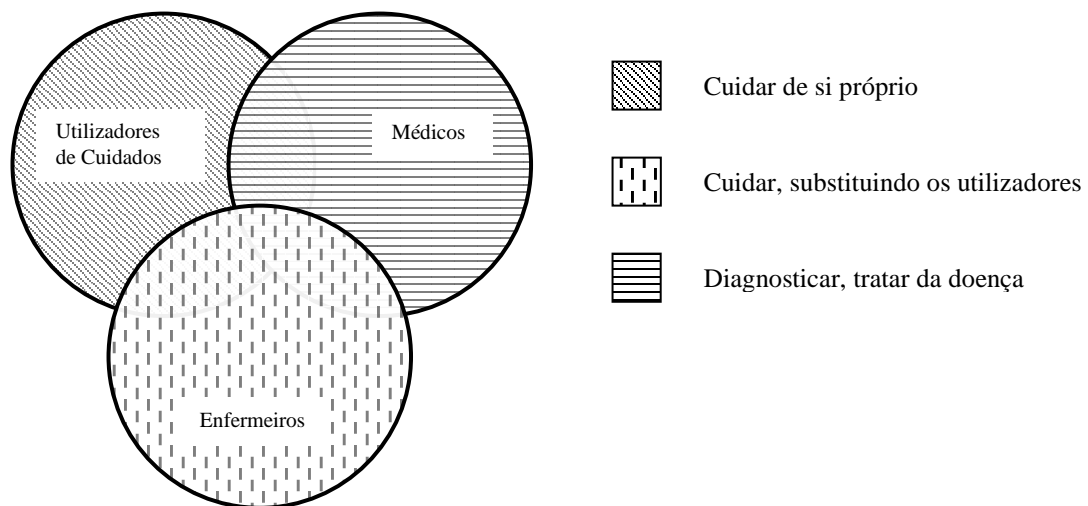
Uma partilha entre os diversos membros da equipa de saúde, torna-se importante para que o processo de tomada de decisão seja o desejado, mas simultaneamente permite a satisfação dos elementos das equipas, havendo uma congruência entre a participação desejada e a percepção da participação efectiva (Vala et al, 1995). O grau de participação na decisão, pode ser de tal importância que pode haver casos onde a decisão não seja o principal (pois não significará uma grande alteração ao resultado final), mas em contrapartida os elementos que participaram na decisão tornam-se mais satisfeitos. Aqui cabe ao responsável ou líder do grupo um papel de mediador importante no sentido de se posicionar ou num estilo de liderança mais autocrático ou num estilo onde a decisão de grupo seja preponderante (Vala et al, 1995; Ferreira, Neves e Caetano, 2001; Motta, 2001).

Para Collière (1999) os campos de competências dos actores envolvidos numa situação hospitalar, não podem ser isolados, e há que ter a noção da partilha de responsabilidades entre todos. Esquemáticamente refere que os utilizadores de cuidados asseguram o essencial das funções de cuidados, podendo eventualmente necessitar de substituição; os médicos diagnosticam e prescreve um tratamento a ser assegurado pelo utilizador; e aos enfermeiros compete-lhes prestar cuidados adequados aos doentes de forma individual, atendendo a essa individualidade e apoiar o médico nos tratamentos e cuidados de reparação; estes todos interligados como se pode ver na Figura 1.

Apesar do altruísmo inerente aos cuidados prestados aos utentes, este é associado a formas de poder que, em contexto de relação cuidador/cuidado faz oscilar o fiel da balança para um dos lados. Os poderes podem ser redutores ou libertadores, isto para quem os presta, para quem os recebe e para as pessoas que os rodeiam. Os poderes redutores podem ser: autoritários (onde prevalece a hierarquia); por subdesenvolvimento de capacidades diversificadas (de quem

presta cuidados); por hiperdesenvolvimento de um único domínio de acção (não individualização dos cuidados atendendo às particularidades das pessoas); por procuração (imposição da instituição); por aplicação de um sistema pré-definido (prevalece as rotinas e estereótipos); e poder dominador (proveito unilateral pelas utilização de capacidades profissionais diversificadas). Os poderes libertadores permitem que: os doentes utilizem o resto de poder que lhes resta; restituir ou aumentar o poder de autonomia; reconhece o saber das pessoas tratadas; e faz com que os utentes exerçam um poder terapêutico sobre os que os rodeiam (Collière, 1999; Deodato, 2006).

**Figura 1 – Zonas de interferência dos campos de competências dos participantes da acção dos cuidados [Adaptado de Collière (1999:291)]**



Apesar de tudo, nas equipas de saúde existe uma lógica racional por detrás de uma decisão, mas esta é difícil de atingir pelo facto de que cada indivíduo não agir sob uma aparente racionalidade, pois as pessoas são diferentes e pensam e actuam de acordo com as experiências e percepções de vida e trabalho acumulados, e é no ambiente de trabalho que se denota com maior predomínio as diferenças individuais, repercutindo-se nas decisões deliberadas no trabalho em equipa (Motta, 2001).

Mercadier (2004) num estudo sobre o trabalho emocional de cada profissional ao lidar com os utentes, trabalho implícito nas funções diárias e

imprescindível para a qualidade dos cuidados, afirma que as percepções sensoriais dos profissionais não são puramente sensoriais como se pensava, havendo interpretações decorrentes de uma componente cognitiva e outra afectiva, resultando emoções que são sentidas aquando da interacção com um utente.

A autora exemplifica algumas situações com emoções sentidas que acabam por influenciar a prestação de um profissional de saúde e consequentemente a equipa e as decisões. Algumas dessas emoções são:

- A vergonha pela incapacidade de resolver as situações com que se deparam.
- A cólera face ao doente devido à incapacidade de resolver os casos em questão e/ou aos restantes profissionais de saúde em defesa da dignidade dos doentes.
- O sentimento de revolta e injustiça quando a morte ocorre em indivíduos novos (abarcando todos desde os profissionais, à ciência médica e a entidades divinas).
- O medo também está presente em especial pelo sentimento de identificação com os doentes; o “eu punha-me no seu lugar” pela própria incapacidade de resolver as situações.
- A tristeza muito ligada à morte e a questão de identificação de identidade com o prestador de cuidados.
- O sofrimento como pode ser medicado e é exigido por parte de quem presta cuidados.
- A alegria é tornada pelo sentimento de fazer algo visível pelo bem-estar dos utentes.

A influência de algumas destas situações é referenciada por Georges e Grypdonck (2002), às quais se associam a concepções do comportamento e ultraje moral. Sobre o comportamento moral dos enfermeiros, os autores afirmam que os estudos sobre ética e decisão são essencialmente relacionados com o aspecto do cuidado, embora a fronteira do tema com os estudos relacionados com o curar é ténue e por vezes transposta. A separação é visível no acumular de temas relacionados com o paciente e família, havendo uma maior preocupação nesta área, assumindo o papel de “advogados” dos utentes. A habilitação dos

enfermeiros relativamente à moral e às decisões pode ser fundamentada em dois grupos: os que são “soberanos” onde as suas decisões morais são próprias e escolhidas por si; em contraste os enfermeiros que “acomodados” onde se conformam com as regras e normas existentes.

Deodato (2006) e Woods (2001) abordam uma questão relativa à autonomia, neste caso específico do doente, onde esta é aceite com um princípio ético basilar, essencial para que a pessoa possa agir como ser moral, contrapondo a autonomia à heteronomia, onde uma pessoa age de forma obediente sem reflexão crítica. O aparecimento de problemas entre duas opiniões referentes aos utentes e familiares por um lado e profissionais de saúde, leva a um confronto entre os direitos morais e legais dos primeiros e as responsabilidades éticas dos segundos. Atendendo ao delicado papel de decisão que os profissionais de saúde têm de cumprir, ainda mais árduo em situações que envolvam dilemas bioéticos, Cohen e Cesta (2001) desenvolveram, para o contexto clínico, três modelos de decisão, que se fundamentam no actor que toma a decisão:

- i) Modelo paternalista se for o profissional de saúde a decidir pelo utente.
- ii) Modelo autónomo se for o utente a decidir e seleccionar.
- iii) Modelo de tomada de decisão partilhada onde o objectivo não é uma decisão estanque, mas antes uma opção realizada pelo utente consoante os seus valores e crenças pessoais, atendendo ao que pode ser oferecido pelos profissionais de saúde.

Independentemente do modelo identificado, Tyreman (2000) e Leino-Kilpi et al (2002) abordam uma questão interessante ao referir o balanço entre as decisões tomadas pelos profissionais mais novos e pelos mais velhos, onde as práticas baseadas em factos científicos se misturam com as práticas da experiência profissional adquirida ao longo dos anos, o que acaba por influenciar, quer uma quer outra, as decisões a tomar.

Numa tomada de decisão, a teia de condicionantes é diversa e complexa, pelo que é útil limitar os factores que determinam uma escolha. As equipas de saúde são constituídas por diversos profissionais, entre os quais os enfermeiros, e é sobre esta profissão que se irá conceber alguns aspectos relacionados com a tomada de decisão.

### 3.3- DECIDIR EM ENFERMAGEM

O campo de competências em enfermagem mobiliza essencialmente as capacidades reminiscentes da pessoa enferma e dos que os rodeiam e substitui em caso de limitações da doença; as competências baseiam-se em compreender o indispensável para manter e estimular a vida de alguém, utilizando os meios mais adaptados para o conseguir (Collière, 1999).

A prática de enfermagem exige o uso de pensamento crítico, definido como um “processo cognitivo ou mental que envolve exame consciente, sistemático, reflexivo, racional e orientado para um objectivo e análise de todas as informações e ideias disponíveis” (Brunner e Suddarth, 2002:22), havendo estratégias identificadas por Fonteyn e citadas pelas autoras como o estabelecimento de prioridades, formação de relações, apresentação de proposições como “se ... então”, fazer escolhas, fundamentadas por estratégias mais básicas como: a ponderação, a formulação de perguntas, qualificações e generalizações.

Os enfermeiros encontram-se inseridos em equipas de saúde em companhia de outros profissionais como médicos, auxiliares de acção médica, técnicos de saúde e administrativos, tendo este conjunto de pessoas o intuito da promoção de saúde para com os seus utentes. Especificamente, Henderson refere que a enfermagem tem como função, “assistir o indivíduo, doente ou são, na realização das actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para uma morte pacífica) e que ele executaria sem ajuda, se para isso tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento, e fazer isso do modo a ajudá-lo a ganhar independência o mais rapidamente possível”. Esta visão é particularmente evidente na aproximação que os médicos e enfermeiros têm relativamente a questões éticas que ocorrem, onde os primeiros serão mais científicos e abordagem objectiva, abordando o problema em primeira instância bem como formulando as decisões para a solução, enquanto que os enfermeiros serão mais subjectivos, valorizando as opiniões de utentes e famílias, criando uma sensação de incerteza e indecisão, baseando-se e respeitando as regras e convenções existentes (Baltar, 1995; Georges e Grypdonck, 2002).

Mas nos hospitais o principal objectivo é tratar a doença, devolver a saúde, reabilitar, e contribuir para uma rápida integração do indivíduo na família e na comunidade, e são com estes objectivos que os profissionais de saúde se identificam, trabalhando para os alcançar, incluindo “fintar” a morte. É inerente à natureza humana evitar fracassos e frustrações como a morte de alguém, o que foi absorvido pela área da saúde transformando-se num sinónimo de insucesso. A defesa sobre acusações de negligência ou falta de assistência que justificam o uso (e abuso) de artifícios que equacionam todas as possibilidades de prolongar a vida também se encontra presente nos profissionais de saúde. Esta atitude de ser um agente activo relativamente à doença, tratando-a de forma a combater mortes precoces ou mortes evitáveis, é instruída aos profissionais de saúde em contexto escolar de forma perseverante, como se a imortalidade fosse o grande objectivo das suas intervenções, e a enfermagem não foge à regra (Serrão e Nunes, 1998; Hesbeen, 2001).

Distinguindo entre morte e fim, Hesbeen (2001) refere que, para os prestadores de cuidados, a morte é um acontecimento trágico que implica um ritual afecto a uma pessoa; já o fim é algo que é controlado e que pode ser alvo de técnicas e tratamentos, onde parafraseia Baudry referindo que “o fim pode ser objecto de uma decisão”, ou seja existe uma identificação de fim com morte, mas para os profissionais de saúde o controle do fim é a situação desejável (tornando esse fim como uma morte boa ou bela), distinguindo-a de morte crua como algo que não deveria ter acontecido e que é associado a algo de mau (como uma morte prematura de alguém muito jovem).

É inserida no ensino superior que a profissão enfermagem, afirma a sua identidade, enquanto profissão com cariz científico, identidade que se vai desenvolvendo com a transformação e inserção dos alunos em profissionais de saúde nos locais de trabalho. Teresa Fernandes afirma que existe uma necessidade de estudar as identidades profissionais em enfermagem com o intuito de compreender as dinâmicas profissionais e as estratégias de autonomização da profissão, o que permite perceber o funcionamento deste grupo profissional num ambiente constituído por outros elementos com objectivos iguais e funções diferentes (Abreu, 2001).

A procura de um saber próprio para que seja reconhecida a autonomia da profissão é algo que se pretende ao teorizar sobre os cuidados de enfermagem, no âmbito dos modelos teóricos. É esta autonomia que levanta alguma celeuma relativamente aos profissionais de enfermagem e aos restantes profissionais da equipa de saúde, e é descrito que neste confronto de poderes gera-se uma conflituosidade que pode deturpar uma correcta tomada de decisão (Abreu, 2001; Silva, 2004). Especificamente em cuidados intensivos, já em 1983 Aiken referia que “grande parte dos conflitos existentes entre enfermeiros e médicos poderia ser resolvida se a nível da tomada de decisão se reconhecessem as competências específicas da enfermagem e as suas responsabilidades particulares no processo de assistência ao doente” (Abreu, 2001:42).

Num estudo Finlandês, Leino-Kilpi et al (2002) exploraram os problemas de ordem ética associados à decisão e à organização, o que demonstrou num dos seus itens a preocupação por parte dos enfermeiros face às discrepâncias entre os valores da enfermagem centrada no utente e os valores da organização, ou seja, a autora refere que McDaniel identifica três aspectos relativamente às preocupações de enfermagem sobre problemas éticos:

- i) Ter autonomia suficiente para tomar as decisões éticas.
- ii) Deve haver um suporte às decisões através de identificação das necessidades do utente.
- iii) Cada organização deve ter políticas escritas e suficientemente claras para apoiar as tomadas de decisão.

A identidade profissional não é estática e evolui ao sabor dos tempos, o que implica uma mudança em qualquer altura, pois esta existe e tem de ser assimilada pelos actores nela implicados. Croizier e Friedberg, referidos por Costa (1998), afirmam a importância do envolvimento dos actores nas situações concretas em que trabalham, numa metodologia de acção, onde eles negociam as suas escolhas, apoiando-se no conhecimento que possuem do sistema de organização e no jogo em que estão envolvidos enquanto actores sociais. Desta forma apercebem-se das mudanças reais que surgem e as suas finalidades, o que facilita a ultrapassagem da resistência que as mudanças criam nas pessoas nela envolvidas.

Silva (2004) revela que são os enfermeiros mais novos os propensos a mudar e a tomar partido em processo de tomada de decisão, tornando-se nos mais activos e optimistas relativamente à participação directa, mas por seu turno os enfermeiros mais velhos servem de travão a estes ímpetos delegando as funções de decisão e participação para os órgãos teoricamente responsáveis por estas funções (chefias, gestores e hierarquia). Neste sentido torna-se útil induzir um espírito empreendedor que cativa os mais jovens a procurar e utilizar novos mecanismos de fundamentação dos seus actos profissionais e decisões, e simultaneamente integrar os mais velhos nestas mudanças, mas utilizando a bagagem experimental que cada um deles tem para actuar em prol do utente. Na junção destes dois objectivos poderá estar duas ferramentas auxiliares que poderão apoiar a tomada de decisão: as evidências científicas e a certificação de qualidade.

No contexto de equipas de saúde em cuidados intensivos as decisões tornam-se complicadas pela sua natureza crítica, e são devidamente condensados por Kuuppelomäki (2002), ao referir que esta dificuldade se deve: à relutância que os utentes em situações terminais têm de aceitar a sua situação; aos profissionais de saúde com pouca vontade de discutir e decidir acerca da qualidade de vida e humanidade da situação do utente; o prolongamento da vida indiscriminadamente; incerteza sobre o prognóstico do utente; e a relutância da família em aceitar a proximidade da morte. Acrescenta que no seu estudo realizado na Finlândia, o modelo utilizado e legalmente aceite será a de uma decisão participada entre profissionais de saúde e utentes, sempre com a intenção de informar o mais completamente possível para que as decisões sejam as melhores.

Para definir o contexto da decisão por parte dos enfermeiros, indagou a sua amostra relativamente à:

- importância e frequência com que as decisões são feitas – onde 86% afirma a importância que as decisões têm no início de cuidados a fases terminais; 59% refere-se à tomada de decisão como sendo feita frequentemente mas não sempre;



- o tempo a que as decisões são feitas – onde 66% dos inquiridos refere que as decisões são tomadas aquando da deterioração rápida estando a morte a semanas de ocorrer;
- tornar a decisão conhecida e descrita – onde uma maioria de 92% refere a importância de escrever essa decisão no processo do doente;
- a discussão da decisão – onde refere que 87% dos enfermeiros descreve uma discussão com os médicos, embora a decisão final coubesse ao médico, na opinião de 44% de enfermeiros; 48% afirmam que existe uma discussão aberta com os utentes, mas as discussões com as famílias são reportadas em 86% dos enfermeiros;
- a exposição a investigação e tratamentos – onde 62% dos enfermeiros sente que os utentes estão sujeitos a muitos tratamentos e investigações.

Numa abordagem directa para auxiliar a tomada de decisão em enfermagem relativamente a aspectos éticos, Brunner e Suddarth (2002), definem quatro directrizes a ter em conta. Iniciam com um histórico onde se apreciam as situações éticas/morais do problema, onde se reconhece as dimensões éticas, legais e profissionais do dilema; segue-se uma fase de planeamento onde a colheita de informação total desde aspectos fisiológicos, religiosos, legais, convicções e estabelecendo a capacidade ou não do utente estabelecer decisões; numa terceira fase denominada de “implementação” enumeram-se as alternativas existentes onde prevalecem numa abordagem utilitária o valor mais positivo do “maior bem para o maior número” e numa abordagem deontológica o princípio moral “de nível mais elevado”; por fim a avaliação onde se decide e avalia a decisão.

A semelhança da utilização destas directrizes para o processo de enfermagem usado no “*Standards of Clinical Nursing Practice*”<sup>2</sup> da “*American Nurse Association*”<sup>3</sup> é visível e útil para evidenciar as acções de enfermagem a adoptar com o objectivo de solucionar problemas e complicações que surjam no cuidado ao utente, salvaguardando que a divisão existente entre as etapas é

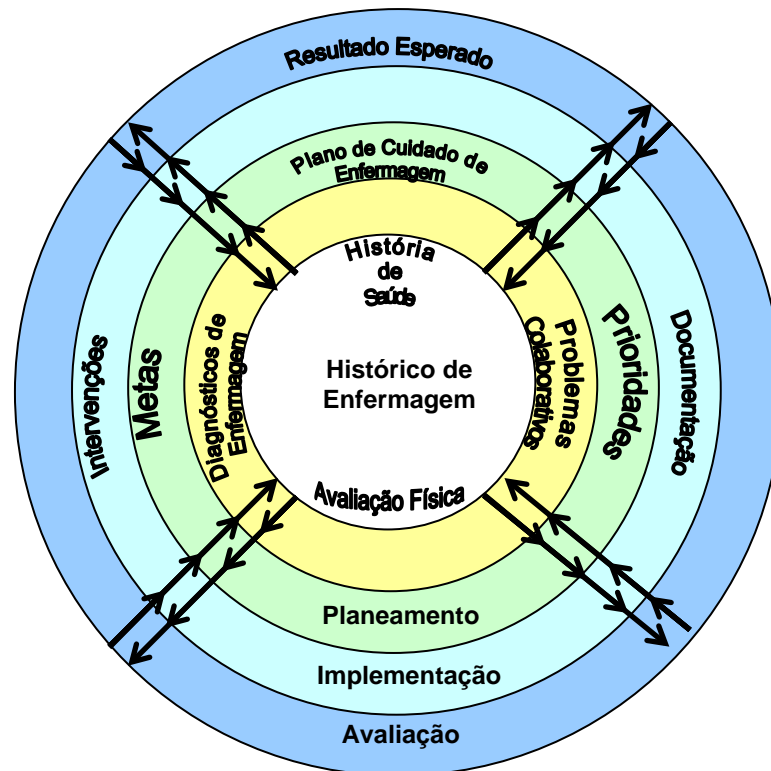
---

<sup>2</sup> “Normas de Práticas Clínicas de Enfermagem”

<sup>3</sup> “Associação Americana de Enfermeiros”

artificial, pois o processo funciona como um todo, onde as etapas estão inter-relacionadas, interdependentes e são recorrentes (como se observa na Figura 2).

Figura 2 – Esquema do processo de enfermagem [Adaptado de Brunner e Suddarth (2002:28)]



A existência de influências externas que afectam o pensar em enfermagem nomeadamente a bioética, a deontologia com todo o suporte histórico existente e o enquadramento legal de situações que servem de âncora a decisões a tomar. Algumas decisões são mais reversíveis que outras, o que promove a importância de prever e calcular, a curto, médio e longo prazo, as consequências dos actos praticados. Ao decidir está-se a escolher e a aceitar realizar algo, o que implica responsabilidade mesmo que não existam actividades independentes no exercício da profissão. A profissão de enfermagem tem um regulamento criado em 1996 (REPE) que afirma a autonomia e a responsabilidade profissional, e um órgão responsável pela auto-regulação dos profissionais de enfermagem na figura da Ordem dos Enfermeiros, criada em 1998. Estes promovem um enquadramento à

decisão em aspectos amplos e legais, mas existem outros mecanismos que igualmente podem prestar um apoio à decisão sendo facilitadores desta (Nunes, 2004; Cerdeira, 2004).

### 3.4- REFERÊNCIAS PARA UM PROCESSO DE DECISÃO

No sentido de desenvolver a disciplina da bioética e de a utilizar fomentando a sua capacidade de intervenção no ponto de vista prático, elaboraram-se modelos teóricos com o objectivo de estruturar os princípios e regras pretendidos. A criação de modelos e teorias para tornar as decisões justificadas e mais “confortáveis” de serem realizadas é confrontada com a opinião de autores que afirmam a não existência de verdades absolutas. Estes factos referidos por Beauchamps e Childress (1999), que acrescentam a existência de perspectivas perspicazes e de argumentos preciosos, mas os defeitos presentes nas teorias são constantes. A receita formulada pelos autores, indica a convergência entre algumas das teorias pode auxiliar a ultrapassagem de obstáculos, pois esta “convergência incita/fomenta/reforça a ética prática, ainda que por si mesma não resolva nem as diferenças teóricas, nem os problemas práticos. Tentar a convergência como um acordo sobre os princípios entre um grupo de pessoas é frequente ao avaliar *casos* e ao definir *linhas de acção*, ainda que existam grandes diferenças teóricas entre os membros do grupo”<sup>4</sup> (Beauchamps e Childress, 1999:104).

Tal como Beauchamps e Childress (1999), Neves (2002) descreve alguns modelos criados por diversos autores, que muito resumidamente se descrevem:

- Modelo Principalista – Apresentado por Tom Beauchamps e James Childress, em 1979, e utiliza os quatro princípios morais aplicados à saúde (Archer, Biscaia e Osswald, 1996; Serrão e Nunes, 1998; Thompson, Melia e Boyd, 2004):

---

<sup>4</sup> “Esta convergencia incita/fomenta/refuerza la ética práctica, aunque por si misma no resuelve ni las diferencias teóricas, ni los problemas prácticos. Tentar la convergencia como el acuerdo sobre los principios entre un grupo de personas es frecuente al evaluar *casos* y al definir *lineas de accion*, aunque existan grandes diferencias teóricas entre los miembros del grupo” (Beauchamps e Childress, 1999:104)

- i) Princípio da beneficência – Traduz o dever de cuidar, protegendo os fracos e os vulneráveis; associado ao paternalismo médico por este actuar em conformidade com os seus conhecimentos sempre em prol do doente (independentemente da opinião deste último).
  - ii) Princípio da não-maleficência – Representa o princípio de não provocar dano ao doente, de forma intencional ou negligente.
  - iii) Princípio da justiça – Traduz a exigência de equidade universal, atendendo à balança dos direitos e deveres dos actores intervenientes; na saúde refere-se muito à justiça distributiva ao relacionar os recursos existentes e a procura desses recursos.
  - iv) Princípio da autonomia – Traduz o respeito de cuidar os doentes como pessoas com direitos; o direito que cada um tem ao seu “auto-governo”.
- Modelo Libertário – Apresentado na obra de Engelhardt em 1986, este modelo crê na diversidade de opiniões imposto pela racionalidade dos argumentos das actuais sociedades pluralistas; afirma que na ausência do ponto de vista “bem/mal”, todas as acções podem ser defensáveis ou não, por argumentação.
  - Modelo da Virtude – Apresentado por Edmund Pellegrino e David Thomasma em 1988, defende que os profissionais de saúde fazem o bem pois é esse o seu dever, como tal todas as acções tomadas por eles será sempre no sentido de beneficiar o paciente, e este será tolerante aos actos praticados pelos profissionais de saúde, sem no entanto deixar de sentir a autonomia que tem sobre o seu corpo.
  - Modelo Casuísta – Apresentado por Albert Jonsen e Stephen Toulmin em 1988, preconiza uma análise caso a caso, num plano analógico, não assentando em princípios ou orientações.
  - Modelo de Cuidado – Apresentado por Carol Gilligan em 1982, é um estudo mais de cariz psicológico do que filosófico onde propõe o “cuidado” (care) como noção fundamental para o desenvolvimento moral.

- Modelo de Direito Natural – Desenvolvido por John Finnis em 1980, e determina formas básicas de reconhecer o bem, fundamentados num conjunto de valores básicos, valores que são indemonstráveis mas evidentes, a saber: vida, conhecimento, vida lúdica, vida estética, sociabilidade/amizade, racionalidade prática, religiosidade.
- Modelo Contratualista – Apresentado por Robert Veatch em 1981, onde se estabelece um contrato entre médico e paciente atendendo a princípios de beneficência, o da proibição de matar, o de dizer a verdade e de manter as promessas.

Estes modelos são de origem anglo-americana e diferem em alguns aspectos da perspectiva europeia, no sentido em que são modelos muito pragmáticos e chocam em parte na tendência personalista e humanista que determina a pessoa como fundamento e finalidade de todo o agir ético, o que torna difícil a tradução em regras destes princípios. Os modelos correspondem a uma sistematização de normas de acção em função de objectivos a alcançar, que são determinados pela prestação de cuidados de saúde, o que contribuem para o processo de tomada de decisão. Assim assume-se uma orientação pragmática nos modelos descritos, o que permite uma adequação aos profissionais de saúde que vêm neles instrumentos de trabalho a aplicar nos seus locais de trabalho (Neves, 2002).

Na prática este modelos tem de ir ao encontro de uma subjectividade pessoal que quantifica e qualifica a qualidade, e uma objectividade definida pelas práticas executadas pelos profissionais nas suas práticas diárias. Hesbeen (2001) refere que a qualidade encontra-se actualmente inscrita num contexto político, económico e organizacional, onde se propõe um esboço de definição em que as práticas de cuidados de qualidade devem fazer “sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde”, e deve proceder-se há “utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe”, inscrevendo-se nos contextos atrás referidos segundo “orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados” (Hesbeen, 2001:52).

Na tentativa de tornar mais eficaz e eficiente o processo de tomada de decisão, poderão se utilizar conhecimentos científicos ou procedimentos que permitam obter informações acerca de assuntos que produzam dilemas, e ultrapassá-los da melhor forma possível e desejável. No lado científico temos a disciplinas baseadas na evidência, e no lado dos procedimentos temos os itens necessários ao cumprimento de acreditação para a qualidade, onde se incluem e adoptam modelos bioéticos existentes.

As práticas baseadas na evidência são conceptualmente definidas, por Cohen e Cesta (2001), como o uso da melhor evidência disponível actualmente, tendo como garantia que quando se usa este modelo, existe a probabilidade de obter melhores resultados. Esta opinião é corroborada por Carneiro (2005), ao defender que esta metodologia devia de ser usada como apoio à tomada de decisão na saúde, correlacionando a importância desta com os padrões de qualidade. Através de normas de orientação clínica, desenvolvidas de forma sistematizada, permite aos profissionais de saúde tomar decisões acerca de situações específicas. Estas normas são reguladas superiormente a nível internacional através de um instrumento que as melhora e qualifica, instrumento denominado de “*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*”.<sup>5</sup>

O conceito de práticas baseadas na evidência foi referido pela primeira vez no Canadá na Universidade de McMaster, e desde então tem sido utilizado pelos médicos com o sentido de transformar os problemas clínicos com que se deparam em questões que serão localizadas e avaliadas de forma sistemática em bases de dados, e cujos resultados serão por sua vez indicadores para essa base de dados criando um mecanismo de retroacção. Desta forma obtêm-se uma objectividade avaliada em evidências científicas em detrimentos de subjectividades oriundas de juízos falíveis. A vantagem desta prática é perceptível ao pretender estudar e reinterpretar campos de estudo novos ou já existentes (como por exemplo a ética hipocrática), como alvos no sentido de os tornar mais precisos de acordo com as evidências científicas estudadas e existentes (Thompson, Melia e Boyd, 2004; Nunes, 2006).

---

<sup>5</sup> “Apreciação da Pesquisa e Avaliação de Normas Orientadoras”

Em contrapartida, Thompson, Melia e Boyd (2004) afirmam que o uso abusivo deste método pode ignorar aspectos específicos dos casos que os profissionais têm pela frente, e é neste ponto que surgem os principais problemas éticos, pois ao realçar aquilo que é observável e quantitativo, omitem-se as áreas onde a evidência científica é mais difícil de obter, ou seja nas situações em que os aspectos qualitativos e subjectivos sobressaem e são mais importantes.

Este método acaba por ser útil para promover as melhores práticas e modificando as piores, reduzindo a variação dos padrões de cuidados prestados, o que incentiva as práticas no sentido da excelência na qualidade. Atendendo à actual conjuntura de poupança, tantas vezes referida para o SNS, mas exigindo simultaneamente os melhores resultados com os pacientes, a prática baseada na evidência é considerado por Cohen e Cesta (2001), como o melhor veículo para atingir a desejada eficácia, eficiência e efectividade na saúde.

Estes modelos podem ser considerados como inovadores, permitindo às organizações absorverem novos conhecimentos e conseguirem colocá-los ao serviço das populações, sendo esta dinâmica importante para alterar as práticas correntes com o objectivo de atingir padrões de qualidade de cuidados adequados. Para complementar e verificar as inovações, surge a acreditação da qualidade de hospitais como sistemas de controlo de um melhor serviço quer ao nível da gestão, quer ao nível de cuidados prestados ao utente (Fitzgerald et al, 2002).

A qualidade também é um conceito transposto das áreas da gestão, mas que se associa ao campo da saúde pela pertinência do tema. Mezomo (2001:72) afirma que qualidade atendendo à especificidade na área da saúde “deve ser entendida como uma extensão a própria missão da organização, que é a de ‘atender e exceder as expectativas de seus clientes’”.

Donabedian citado por Mezomo (2001) estabelece que existem três dimensões para a qualidade em saúde, sendo elas: a técnica, a interpessoal e a ambiental, que devem ser permanentemente avaliados e comparados com o que de melhor há nas mesmas áreas da saúde. O mesmo autor refere que a definição de qualidade deve incorporar os direitos fundamentais da pessoa, garantindo-os e preservando-os na sua integridade, cabendo às instituições o reconhecimento da dignidade das pessoas e do valor vida e saúde comprometendo-se a respeitá-los.

Para controlar esses padrões de qualidade preconizados existem os sistemas de acreditação, que basicamente são instrumentos de reconhecimento da qualidade, exercido de forma externa, independente, voluntária e periódica, requeridos por parte das instituições inscritas. Assim um estabelecimento de saúde é reconhecido por outra entidade como cumprindo um conjunto de padrões que permitem assegurar que a qualidade dos cuidados que presta é e será satisfatória durante um período determinado (Instituto da Qualidade em Saúde, 2000, 2002).

Existem vários sistemas de acreditação sendo os aplicados nas instituições de saúde em Portugal como sistemas consolidados e testados: a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*<sup>6</sup> dos EUA; o *Canadian Council on Health Services Accreditation*<sup>7</sup>; *Australian Council on Healthcare Standards*<sup>8</sup>; e o *King's Fund Health Quality Service*<sup>9</sup> do Reino Unido. Na actualidade, os sistemas testados e consolidados, demonstram a sua capacidade de desenvolvimento e sensibilidade à mudança, embora algumas diferenças surjam no que respeita à sua origem e formas de desenvolvimento. Os critérios de acreditação são diversos, abrangentes e específicos a cada sistema de acreditação, mas os objectivos deverão ser os mesmos. Estes sistemas requerem que as organizações identifiquem e realizem acções que promovam a ética organizacional, onde se pode verificar em três áreas de problemas: no comportamento dos recursos humanos e a missão da organização, a necessidade de haver grupos de suporte à decisão, e a discussão das distorções da ética (Instituto da Qualidade em Saúde, 2000; Nunes, 2004).

Com a preocupação de promover a qualidade nos hospitais, a organização não-governamental HOPE (Comité permanente dos hospitais da União Europeia) pretende apoiar a cooperação entre os actores envolvidos nessas instituições, e o intercâmbio de informação no âmbito da gestão da qualidade, dos sistemas da qualidade e, conseqüentemente, do seu reconhecimento. No sentido de otimizar a qualidade pretendida, a HOPE reconhece que a ética tem um papel importante, mas não pode substituir a lei, defendendo que esta deve intervir, não só em

---

<sup>6</sup> Comissão de Acreditação de Organizações de Cuidados de Saúde

<sup>7</sup> Conselho Canadano de Acreditação dos Serviços de Saúde

<sup>8</sup> Conselho Australiano dos Standards dos Cuidados de Saúde

<sup>9</sup> Serviço da Qualidade na Saúde do King's Fund



situações de catástrofe (processos de responsabilidade), mas sobretudo, na prevenção, através da elaboração de regras gerais claras e praticáveis (HOPE, 2000). Segundo as directrizes descritas pelo Ministério da Saúde (2006b:174), no Plano Nacional de Saúde para 2004/2010, uma das orientações estratégicas visa apoiar as áreas de diagnóstico e decisão terapêutica onde “serão priorizados a dinamização e o apoio ao desenvolvimento de Normas de Orientação Clínica para as profissões técnicas de vocação assistencial”.

### **3.5- DECIDIR EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DOIS CASOS PARA REFLEXÃO**

Os acontecimentos que ocorrem em cuidados intensivos são vastos e nunca iguais, embora por vezes semelhantes. Se por um lado se pode aplicar medidas iguais a pessoas diferentes é porque existe um conhecimento da eficácia dessas medidas nos casos gerais de uma doença. Mas quando a situação com que nos deparamos é única e complicada, as medidas a tomar deixam de ser generalizadas e a particularização do caso acresce de muita importância.

Na nossa realidade hospitalar, podem surgir casos de obstinação terapêutica e de prevalência do curar em detrimento do cuidar, casos estes considerados erros por autores consultados como Archer, Biscaia e Osswald (1996), Serrão e Nunes (1998), Jonsen, Siegler e Winslade (1999), e justificado por Pacheco (2002:65) ao referir que estas atitudes tem o objectivo de “manter ou recuperar uma vida já num processo acelerado e irreversível de morte e pode tornar-se muito agressivo, infligindo sofrimento adicional e intenso no utente. Nestes casos, não é tanto a vida que se prolonga, mas antes o processo de morrer”.

Inicia-se a necessidade de decidir, de optar face a situações clínicas críticas, que requerem serenidade e bom senso. Do chamado “intensivismo médico” surge problemas a serem estudados sob a luz da bioética, desde a determinação da morte corporal, a legitimidade de iniciar ou suspender o uso de técnicas de suporte de funções vitais, eutanásia, comunicação com os utentes de forma honesta, controlar a dor, entre outros. Estes dilemas estão interligados entre

si, pelo que ao abordar de formas mais profunda a morte cerebral e a suspensão de cuidados ira mobilizar conhecimentos nos outros dilemas referidos, tendo sempre presente que em qualquer dos casos as decisões têm de ser tomadas face aos problemas e dilemas associados a cada caso específico, sendo o papel de cada actor envolvido o de contribuir para a melhor resolução possível (Serrão e Nunes, 1998; Brunner e Suddarth, 2002; Georges e Grypdonck, 2002).

A determinação da morte corporal parece tão linear mas, devido aos desenvolvimentos tecnológicos e de conhecimentos, tornou-se num critério que levanta dúvidas. Do ponto de vista legal, Vaz (1996) descreve que se considera morte cerebral a lesão irreversível de todo o cérebro, alterando os critérios descritos no DL nº 45683/64 de 25 de Abril, regulamentado pela portaria nº 20688 de 17/07/64 que tinha como critério único de morte o fim das funções cardio-respiratórias. Esta portaria foi revogada pela portaria nº 156/71 de 24 de Março e estipulou um duplo critério:

- i) Critério tradicional (cessação da função cardio-respiratória), só para os casos em que as pessoas não eram sujeitas a técnicas de reanimação.
- ii) Critério de morte cerebral, quando a pessoa já estava ligada às máquinas (sujeito às técnicas de reanimação).

Em Portugal, o critério de morte cerebral é o que está em vigor e é para ser utilizado nos casos clínicos que surjam, embora a legislação mais recente descrita no DL nº 553/76 de 13 de Julho, não estipula nenhum critério legal fixo evitando a sua estagnação e sedimentação, delegando as decisões e alterações dos critérios consoante a evolução dos conhecimentos médicos técnicos e científicos, e atendendo a documentos que opinem acerca da sua viabilidade ética (CNECV, 1995b).

Actualmente, os procedimentos técnicos de confirmação de morte cerebral estão descritos nos manuais médicos, e englobam: condições prévias, critérios de diagnóstico e critérios para a execução de provas de morte cerebral, existindo adaptações especiais para casos que envolvam crianças ou doentes com insuficiência respiratória. São provas rigorosas realizadas em contexto de UCI, para evitar erros e deturpações, por dois médicos autorizados, que não podem pertencer a equipas envolvidas com transplantação de órgãos e tecidos, e pelo

menos um não deve pertencer à unidade na qual o doente está internado. Se houver uma resposta a uma das provas, a verificação fica inviabilizada (Archer, Biscaia e Osswald, 1996; SCIHJS, 2001; CNECV, 1995b).

As provas de morte cerebral são actualmente o modo encontrado para viabilizar a irreversibilidade do estado vital de um indivíduo. Os agentes médicos podem sentir ambiguidade ao tomar decisões mediante os resultados das provas, mas o que se subentende na sua essência é que se está a cuidar de um corpo cuja viabilidade é nula, sem capacidade de reverter a sua situação clínica, aguardando que ocorra a paragem cardíaca. Esta acção enquadra-se na definição de Vaz (1996) sobre distanásia, ou seja, o indivíduo já está morto, porque já ocorreu a morte cerebral (aguarda-se o fim da morte biológica pelo ritmo cardíaco), mas enquanto este não cessa prolongam-se as funções vitais e, segundo Moreno (2004) promove-se um prolongamento da vida (por vezes a todo o custo), opondo-se o direito que todo o cidadão tem a morrer descansado.

Daqui resulta um comportamento que é o de lidar mal com o processo da morte e em particular com o processo de morrer, especialmente se este critério não for tão linear como parece, atendendo aos critérios de morte cerebral ou de paragem cardio-respiratória ou qualquer outro que seja evocado à luz de alguma justificação inserida nas convicções morais de cada um.

Seja como for, actualmente a morte deixou de ocorrer num ambiente familiar, transferindo-se para o ambiente hospitalar, e em especial nos cuidados intensivos, local privilegiado onde as decisões a tomar relativamente à iniciação, manutenção, redução ou suspensão de tratamentos são muito frequentes e com consequências determinantes (SCIHJS, 2001).

A legitimidade de iniciar ou suspender o uso de técnicas de suporte de funções vitais coloca-se frequentemente na presença de um prognóstico negativo, onde nos barramos contra a ambiguidade de valores como: tratamentos que não produzem os efeitos fisiológicos benéficos e os tratamentos de valor incerto ou benefício controverso; os cuidados intensivos e os cuidados paliativos; a qualidade da vida e a qualidade da morte (SCIHJS, 2001).

A obstinação terapêutica é referida, directa ou indirectamente, em alguns documentos que, pela sua natureza, auxiliam a decisão certa a tomar. No parecer

do CNECV (1995a) considera-se como uma má prática a evitar, com a salvaguarda de assegurar todas as medidas que respeitem a dignidade humana, o qual é reforçado pelo artº 87 do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2004b) acrescentando o papel relevante da família no acompanhamento de doentes em fase terminal, e pelo “Enunciado de Posição Sobre a Eutanásia” (Ordem dos Enfermeiros, 2004b), ao assumir a defesa da qualidade de vida do utente, recusando práticas de eutanásia e distanásia.

É sempre difícil e controversa, a decisão de suspensão de suporte de vida, ou deixar de investir no doente, querendo esta decisão dizer que não se aplicam mais terapêuticas do que as que estão instituídas, e não se utilizam mais técnicas, renunciando a ideia que a cura é possível, assegurando por seu turno os cuidados de conforto. Será que o facto de não aumentar terapêutica e não utilização de técnicas é legalmente aceitável? Nestas circunstâncias, deve-se ter a consciência que a opção é tomada após reunião de todos os factos, chegando ao consenso que ao nível do conhecimento actual não haverá resposta a qualquer acção tomada no sentido de recuperar a vida, permitindo optar por uma melhor qualidade da morte do que a qualidade da vida nesse momento (Archer, Biscaia, Osswald e Renaud, 2001).

Este tipo de acção converge na definição de Vaz (1996) de ortotanásia que se traduz como uma inacção para a morte, ou seja, é o não prolongar artificialmente os tratamentos com vista à continuação de uma agonia, no caso de um doente em situação irreversível. Ao contrário do que possa parecer não se trata de eutanásia pois este termo implica uma natureza activa onde deliberadamente se retira a vida a um indivíduo, ao contrário do que foi descrito anteriormente onde uma recusa de reanimação implica uma passividade, permitindo o curso da natureza a partir dessa decisão.

Ainda uma palavra sobre a utilização de certos medicamentos de sedação e analgesia que permitem ao doente um estado sem dor mas com efeitos redutores do estado de consciência, onde se pondera o princípio do duplo efeito, normalmente associado à classe terapêutica dos opiáceos. Este princípio refere a permissividade de se usar um tratamento com efeitos laterais negativos se o objectivo é obter o efeito positivo, neste caso a analgesia. O conflito latente nesta

acção decorre do facto que desta forma assegura-se o dever de cuidar pelos agentes médicos com ganhos para todas as partes envolvidas, pois o profissional de saúde é preparado para aliviar o sofrimento, evitar a morte, não conviver com ela, em detrimento do estado de consciência e possível falência respiratória como efeitos secundários desta medicação (Archer, Biscaia e Osswald, 1996; SCIHSJ, 2001; Moreno, 2004).

O acto de sedar um doente com o intuito de aliviar as dores é confundido com a prática de eutanásia, mas na realidade, esta última pode consistir na administração de fármacos voluntariamente, em doses que provoquem a morte do doente, já a sedação administrada em doses terapêuticas, ajustadas às necessidades utentes, são permitidas tal como vem descrito no parecer da CNECV (1995a). Não a considerando como eutanásia, Castañeda (2006) defende o seu uso após a identificação de determinadas condições, tais como: não haver outra alternativa melhor (não há disponíveis outros analgésicos que não tenham estes efeitos); não há mais nada que se possa fazer; trata-se de uma dor grave que experimenta um paciente terminal; e o doente já cumpriu ou pode razoavelmente cumprir com seus deveres graves: arrumar seus assuntos familiares, receber os sacramentos, etc.

A ponderação entre reanimar/continuar com suportes artificiais de vida, e a suspensão destes actos são circunstâncias que estão presentes no pensamento de quem age, uma vez que estas decisões irão sempre ao encontro dos nossos instintos naturais. Se por um lado a consciência de quem produz o acto ficará “limpa”, as consequências a longo prazo dessas acções podem trazer inconvenientes para o utente, e quem sabe se não trará uma alteração do estado de espírito dos profissionais de saúde. Coloca-se aqui uma questão de sentido onde Hesbeen (2001) refere que os profissionais podem utilizar todos os meios ao seu alcance, obtendo uma eficácia técnico-científica elevada, mas em contrapartida a eficácia relativa ao cuidar poderá ser medíocre e sem sentido.

**PARTE II**  
**ESTUDO EMPIRICO**

## **1- METODOLOGIA**

Tendo como referência os objectivos do estudo em curso, tornou-se necessário fazer opções metodológicas, com o intuito de responder às questões inicialmente formuladas, e atingir os objectivos propostos. Como afirma Fortin (2000:372), a metodologia é “um conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”, e como definem Quivy e Campenhoudt (2003:25), os métodos são “formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados”.

Numa primeira fase procede-se à definição do tipo de estudo que se irá realizar, determinando-se de seguida o Universo e amostra seleccionados para serem aplicados os instrumentos de colheita de dados. Estes são descritos e justificados para este trabalho, seguido da explicação da forma como os dados colhidos serão tratados para futura reflexão. Por fim serão abordados os aspectos éticos relacionados com os estudos académicos, de forma a legitimar toda e qualquer acção realizada no sentido de obter os dados essenciais à elaboração desta investigação.

### **1.1- QUESTÕES ORIENTADORAS E TIPO DE ESTUDO**

A complexidade de que se revestem os problemas de ordem ética e a decisão em contexto de cuidados intensivos esteve na base da formulação das seguintes questões orientadoras para suporte e delimitação do estudo empírico:

- Que preocupações de ordem bioética suscitam tomadas de decisões em contexto de cuidados intensivos?
- Que particularidades possuem os enfermeiros, relativamente à sua participação, atitudes e decisões em matéria de aspectos bioéticos em cuidados intensivos?

- Como se desenvolve o processo de tomada de decisão em cuidados intensivos, em situações de dilema bioético?

As questões orientadoras remetem, desta forma, para dois eixos estruturantes: os problemas de ordem ética e a decisão em contexto de cuidados intensivos.

Da diversidade de estudos possíveis e das suas combinações, houve necessidade de optar pela melhor forma de problematizar o objecto de estudo, utilizando os objectivos como “fios de orientação”. Atendendo ao tema e questões colocadas, optamos por um estudo de natureza descritivo e transversal, e com recurso a uma estratégia multimétodo, tudo incluído dentro de metodologias quantitativas e qualitativas que conjugadas permitem uma triangulação de dados perfeita (Streubert e Carpenter, 2002).

O carácter descritivo desta investigação deve-se ao facto de que “a maior parte dos estudos descritivos limita-se a caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa” (Fortin, 2000:163), sendo este um dos objectivos estabelecido pois neste estudo não se pretende explicar um fenómeno, mas sim descrevê-lo, estabelecendo um contacto com a realidade. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a descrição pode ter uma finalidade importante pela sua aplicação a métodos quantitativos e qualitativos.

Outro aspecto relevante que caracteriza esta investigação é a delimitação do tempo que decorre o estudo, caracterizando-se assim por ser um estudo transversal, pois a recolha de dados é realizada num determinado ponto no tempo, ou seja os fenómenos são estudados e analisados num momento restrito, referente ao período em que se procede à recolha dos dados (Polit, Beck e Hungler, 2004).

A utilização de uma abordagem multimétodo, salienta-se pelo enriquecimento obtido da combinação de um método qualitativo, que capta os fenómenos de uma forma global, contribuindo assim para a compreensão destes inseridos nos seus contextos, e de um método quantitativo que remete para a quantificação dos dados, evitando distorções de análise e interpretação, o que possibilita a transmissão de uma mensagem de segurança quanto às inferências. Esta abordagem permite, complementar as informações analisadas, obtendo-se uma emergência de novos factores relacionados com o tema inicial, que podem



ser abordados e analisados numa segunda fase do estudo (Richardson, 1989; Quivy e Campenhoudt, 2003).

Polit, Beck e Hungler (2004), referem que as principais vantagens da utilização destes métodos integrados devem-se: à complementaridade dos dados obtidos, evitando as limitações de abordagens únicas; ao incremento referente ao desenvolvimento que um tema pode ter desde o início da sua pesquisa até ao aparecimento de novos focos de interesse; à validação dos dados e sua respectiva análise aumentando o grau de confiança obtido; e à criação de novas fronteiras onde as possíveis discrepâncias entre os dados obtidos exigem uma reflexão e um novo estudo a ser explorado.

## 1.2- POPULAÇÃO ESTUDADA

A obtenção dos dados para análise e a escolha dos indivíduos que os fornecerão, deve obedecer a um conjunto de regras que derivam da natureza do contexto e da certificação do estudo por outros investigadores. A amostragem é o processo que permite seleccionar os elementos que serão representativos de toda uma população mais vasta, muitas vezes difícil de ser estudada na sua plenitude (Pole e Lampard, 2002; Polit, Beck e Hungler, 2004). Relembrando os objectivos da investigação, pretende-se descrever e caracterizar a tomada de decisão em ambiente de cuidados intensivos, face a ocorrências de cariz bioético. A primeira limitação à amostra passível de ser estudada refere-se ao profissional de saúde que exerce funções nas UCI, indo-se recorrer somente à população dos enfermeiros.

Para sistematizar quais as UCI a recorrer para recolha de dados, elaborou-se um quadro com as restrições e respectivas escolhas dos serviços a serem escolhidas para a realização do estudo (Quadro 1). No sentido de listar as UCI na região de Lisboa, recorreu-se à informação fornecida pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2006). Destas eliminaram-se *à priori* as unidades cuja gestão não fosse as do domínio de empresas públicas com atendimento geral (eliminando os hospitais de gestão privada, com fins lucrativos; e os hospitais onde havia exclusividade no atendimento, como o hospital militar). Desta forma

uniformizaram-se as características globais das instituições, sendo assim hospitais que abrangem uma população variada e de uma região demográfica numerosa, sem restrições de atendimento.

O filtro seguinte refere-se à especificidade dos cuidados intensivos. Foram eliminados as unidades que actuam em áreas diferenciadas como a cardiologia, neurocirurgia, pediatria ou psiquiatria. As unidades escolhidas devem ser caracterizadas por exercer funções de prestação de cuidados directos em serviços de cuidados intensivos, tal como está definido pelo documento do Ministério da Saúde (2001) como “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”.

Por fim, o último critério refere-se à existência de serviços de urgência de atendimento geral, inseridos na estrutura física dos hospitais. Estas selecções justificam-se pela necessidade de restringir a uma tipologia de UCI específica e homogénea para que se incluam empiricamente casos bioéticos necessários para a caracterização que se pretende; a limitação a instituições com urgências surge para limitar o número de instituições existentes a aplicar o questionário, mas também para promover a aplicação dos instrumentos de colheita de dados a serviços que poderão incluir doentes provenientes da urgência que em alguns casos poderão suscitar alguns sentimentos e atitudes que pretendem ser estudadas aqui.

Deste conjunto de limitações e critérios resultou uma lista dos hospitais passíveis de ser estudados:

- Hospital Curry Cabral;
- Hospital Fernando da Fonseca;
- Hospital São Francisco Xavier;
- Hospital São José;
- Hospital Santa Maria.

Desta lista decorrente de um Universo de enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados intensivos no distrito de Lisboa, foi seleccionada uma amostra intencional, referente aos que exercem em unidades criteriosamente seleccionadas, obtendo-se uma amostra intencional de 172 enfermeiros responsáveis por prestarem cuidados directos ao utente.

**Quadro 1 – Lista de UCI existentes em Lisboa, em 2001 [Fonte: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2006)]**

Nome	Hospital	Hospitais de Gestão Pública	UCI Gerais <sup>10</sup>	Hospitais com SU
UCIP	Hospital de S. António Capuchos	X	X	
UCIP	Hospital Desterro	X	X	
UCIG	Hospital Egas Moniz	X	X	
UCIC	Hospital Egas Moniz	X		
UCIM	Hospital Santa Marta	X	X	
UCI	Instituto Português de Oncologia	X	X	
UCIC	Hospital S. Francisco Xavier	X		
<b>UCIM</b>	<b>Hospital S. Francisco Xavier</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
UCI	Hospital Militar principal	X	X	
<b>UCI</b>	<b>Hospital Curry Cabral</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
UCI	Clínica Santo António Reboleira			
UCI	Hospital Cruz Vermelha			
UCI	Hospital de Reynaldo dos Santos	X		
<b>UCIP</b>	<b>Hospital Santa Maria</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
UCIR	Hospital Santa Maria	X		
UCIMG	Hospital Pulido Valente	X		
UCIP	Hospital Pulido Valente	X	X	
<b>UCIP</b>	<b>Hospital Fernando Fonseca</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
UCIC	Hospital Fernando Fonseca	X		
<b>UUM</b>	<b>Hospital S. José</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
UCIC	Hospital S. José	X		
UCE	Hospital Distrital Torres Vedras	X		
UCIC	Hospital Força Aérea	X		
UCI	Hospital da Marinha	X		
UCI	Hospital Particular de Lisboa			
UCIP	Hospital CUF			
UCIC	Hospital S. Luís	X		
UCI	Hospital de Urologia	X		
UCI	Hospital do SAMS			

<sup>10</sup> De acordo com a caracterização do Ministério da Saúde (2001)

### **1.3- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

A escolha de métodos e técnicas adequadas para a elaboração de um estudo é algo que deve ser bem ponderado, de forma a evitar que o investigador fique submerso por uma massa demasiado volumosa de dados dificilmente controláveis, devendo-se formular a pergunta: o que preciso saber e porquê?, de forma a decidir sobre quais os métodos para os fins propostos com o intuito de posteriormente conceber os instrumentos de colheita de dados propriamente ditos e a sua análise (Bell, 2002; Quivy e Campenhoudt, 2003).

Devido ao tema em questão e às leituras feitas de autores que abordaram o tema, optou-se por realizar a recolha de dados em dois tempos, onde numa primeira fase aplicou-se um questionário que permitiu identificar os enfermeiros em determinadas categorias, como também permitiu escolher alguns desses elementos inquiridos para posteriormente realizar uma entrevista onde se aprofundam os temas necessários para completar este estudo. Segue-se um resumo teórico acerca dos métodos utilizados, como foram criados e a descrição da sua aplicação.

#### **1.3.1- Questionário**

Os questionários permitem obter respostas aos nossos objectivos, não obrigando a um contacto directo entre inquiridor e inquirido, evitando qualquer influência às respostas, e garantindo o anonimato tal qual fundamenta Fortin (2000:254): as vantagens do questionário derivam da sua “natureza impessoal..., a sua apresentação uniformizada, a ordem idêntica, das questões para todos os sujeitos, as mesmas directrizes para todos, podendo assegurar...a fidelidade e facilitar as comparações entre sujeitos...”

Fortin (2000) refere-se aos questionários como um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e os resultados dos sujeitos, onde um dos objectivos é normalizar e controlar os dados de modo a que as informações procuradas possam ser colhidas e tratadas de um modo rigoroso.

Deve-se ter em atenção que a aplicação de um questionário é um processo social, envolvendo uma comunicação entre investigador e questionado, e estes últimos necessitam de perceber que informação é essencial fornecer, bem como serem aptos e voluntariosos em a fornecer. É através destes conceitos de percepção, aptidão e voluntariedade que o investigador pode antever se as questões irão gerar dados válidos e úteis (Pole e Lampard, 2002).

Atendendo ao tema e objectivos deste estudo optou-se por, primeiramente, recolher os dados sob a forma de um questionário. O escolhido foi um questionário, elaborado por Forsyth (1980), apresentado em anexo (Anexo I), retirado do *Journal of Personality and Social Psychology*, revista mensal especializada em publicar trabalhos nas áreas da personalidade e psicologia social.

Nickell e Herzog (2006) referem que Forsyth demonstrou diferenças nas filosofias morais de índole pessoal, que se tornam significativas em caso de questões éticas controversas, comprovando que as crenças de ideologia moral são a base na qual se tomam decisões. Desse estudo resultou uma teoria com duas dimensões ideológicas no processo de julgamento ético: o relativismo e o idealismo. A primeira traduz o grau com que as pessoas rejeitam a ideia que as decisões morais devem estar sempre em conformidade com princípios morais universais; enquanto que o segundo traduz o grau de crença que o comportamento moral traz inevitavelmente consequências positivas

Desta teoria surgiu um instrumento de medição dos conceitos ideológicos criado por Forsyth em 1980 denominado de “*Ethics Position Questionnaire*”, ou seja, o questionário sobre atitudes éticas. É um instrumento de colheita de dados que permite estabelecer diferenças entre as duas dimensões ideológicas, medindo-as, e atendendo aos resultados obtêm-se uma classificação que atribui determinadas características. Assim, se os resultados obtidos na secção ideológica relativista forem baixos, significa que uma pessoa encara a moralidade como baseada em regras absolutas, enquanto que se os resultados forem altos significa que os indivíduos encaram a moralidade como uma especificidade casual; paralelamente existe a dimensão idealista em que uma classificação baixa sugere que pessoas acreditam na existência de prejuízos resultante de acções morais, ou em contrapartida, quando a classificação é elevada, acredita-se que os resultados

perfeitos consequentes de acções morais conseguem ser sempre atingidos (Forsyth, 1980, 2006; Nickell e Herzog, 2006).

Da intersecção destas duas dimensões e dos seus resultados, definem-se quatro ideologias éticas: *situacionismo* (alto idealismo e relativismo); *subjectivismo* (baixo idealismo e alto relativismo); *absolutismo* (alto idealismo e baixo relativismo), e *excepcionismo* (baixos idealismo e relativismo). Descritivamente, os situacionistas sentem que as pessoas deviam esforçar-se para produzir as melhores consequências possíveis, pois as regras morais não podem ser aplicadas a todas as situações, defendendo a necessidade de elaborar uma correcta avaliação moral, atendendo a cada contexto específico; os absolutistas aprovam as acções que desencadeiam consequências desejáveis e positivas, mas sentem que existem definições absolutas em ética que devem ser incluídas em qualquer código ético devido à sua importância (Forsyth, 1980, 2006; Nickell e Herzog, 2006).

Os restantes dois campos ideológicos são definidos da mesma forma, onde os subjectivistas caracterizam-se por rejeitar as regras morais, bem como por não crerem na possibilidade de atingir objectivos humanitários, derivando o seu rótulo de subjectivistas pelo facto de, quem se situa nesta categoria, acreditar que as decisões morais são subjectivas e individuais, mesmo baseando-se em informações objectivas, tais como valores morais absolutos; os excepcionistas acreditam que as regras devem guiar os nossos comportamentos, mas as acções que trouxeram algumas consequências negativas não devem ser necessariamente condenadas, estando dispostos a abdicar de alguns dos seus princípios morais (Forsyth, 1980, 2006; Nickell e Herzog, 2006).

Estes conceitos encontram-se classificados e sistematizados no Quadro 2 e sucintamente condensados e definidos no Quadro 3.

Quadro 2 – Dimensões medidas pelo EPQ [Adaptado e traduzido de Forsyth (2006)]

Relativismo Idealismo	Alto	Baixo
Alto	<p><b><u>Ideologia:</u></b> Situacionismo</p> <p><b><u>Julgamento Moral:</u></b> Rejeitam as regras morais; preconizam uma análise individual para cada situação</p>	<p><b><u>Ideologia:</u></b> Absolutismo</p> <p><b><u>Julgamento Moral:</u></b> Assumem que o melhor resultado pode ser alcançado seguindo regras morais universais</p>
Baixo	<p><b><u>Ideologia:</u></b> Subjectivismo</p> <p><b><u>Julgamento Moral:</u></b> Baseiam os seus julgamentos em valores pessoais do que em princípios morais universais</p>	<p><b><u>Ideologia:</u></b> Excepcionismo</p> <p><b><u>Julgamento Moral:</u></b> Utilizam as regras morais como auxílio aos julgamentos, mas são permeáveis a excepções a essas regras</p>

Quadro 3 – Taxonomia das Filosofias Morais Pessoais [Adaptado e traduzido de Forsyth (2006)]

<u>Ideologia</u>	<u>Julgamento Moral</u>
Situacionismo	Rejeitam as regras morais; questionam se a acção executada resultou no melhor resultado dada a situação
Subjectivismo	Rejeitam as regras morais; baseiam os seus julgamentos morais em sentimentos pessoais acerca das acções e das conformidades
Absolutismo	Sentem que as acções são moralmente aceites desde que as consequências sejam positivas e em conformidade com as regras morais
Excepcionismo	Sentem que a conformidade com as regras morais são desejáveis, mas as excepções às regras são frequentemente permissíveis

Para proceder à aplicação do questionário escolhido nos serviços seleccionados, este foi traduzido, adaptado e validado para a realidade e língua portuguesa, resultando no documento que se encontra em anexo (Anexo II).

Utilizou-se, neste estudo, a versão do EPQ validado para a população portuguesa pelos Professores Cristina Barroso e Wilson Abreu da Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes (Barroso e Abreu, 2006). O processo de validação psicométrica teve em conta a necessidade de analisar a especificidade do instrumento em situações socioculturais distintas da abordada no estudo original.

Atendendo aos procedimentos metodológicos definidos por Fortin (2000), foi utilizada a técnica de tradução por retroversão que consiste na tradução do questionário da língua original para a pretendida e após adaptação e adequação aos objectivos do estudo, refaz-se a tradução para a língua original de modo a verificar incompatibilidades. Para esta tradução, para além do autor, recorreu-se ao apoio de peritos com bom domínio da língua inglesa e da área da saúde.

Os questionários entre outros instrumentos de colheita de dados, são raramente consistentes ou estáveis com o tempo, e este grau de consistência ou estabilidade de um método é denominado de fiabilidade. Torna-se necessário proceder a testes para evitar distorções de instrumentação, factor que afecta a validade interna de qualquer investigação. (Tuckman, 1992; Aron e Aron, 2003). Nesselreade e Cattell (1988) numa frase definem fiabilidade como um conjunto de respostas a questões de repetição, e essas questões delimitam a confiança que deveremos exigir ao instrumento de colheita de dados, pois como afirma Cronbach et al, referido pelos autores (1988:509) “o investigador tem de tomar decisões conscientes sobre as suas escolhas do Universo, acerca das quais os factos devem ser considerados factos de informação ‘pretendidos’ e que contribuam para o ‘erro’”.<sup>11</sup>

Grosso modo, a fiabilidade de uma medida define-se como a quantidade de resultados iguais que se obtêm quando se aplica o mesmo instrumento de colheita de dados novamente, sob as mesmas circunstâncias. Existem diversos métodos de medir a fiabilidade dos instrumentos de colheitas de dados, sendo os mais comuns aplicados aos questionários: o teste-reteste, a divisão ao meio de resultados e a aplicação do método estatístico do alfa de Cronbach, sendo esta última a mais

---

<sup>11</sup> “The investigator has to take conscientious decisions about his choices of the Universe, concerning which the facts must be considered information facts ‘intended’ and that they contribute for the ‘error’” Nesselreade e Cattell (1988:509)



prática e a mais generalizada, e como se aplica ao tipo de questionário deste estudo, foi a escolhida (Mertens, 1998; Aron e Aron, 2003).

A estatística do alfa de Cronbach dá-nos a quantidade das médias e permite verificar a consistência global do questionário, ou seja quantos resultados obtidos elevados correlacionam com os elevados, e os menores com os menores. Os questionários para serem fiáveis devem ter um alfa de Cronbach de pelo menos 0.6, preferivelmente 0.9 para serem óptimos (Aron e Aron, 2003). Para o EPQ, Barroso e Abreu (2006) obtiveram um alfa de 0,71 para o total de itens da escala, revelando que este questionário é um instrumento apropriado ao contexto português.

Para nos certificarmos da adequação do instrumento ao contexto em estudo, elaboramos um pré-teste. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), o pré-teste possibilita a verificação do instrumento de colheita de dados quanto à clareza, livre de tendências, e se recolhe as informações desejadas para este estudo. Os resultados foram positivos e não se verificaram problemas na sua utilização.

No final obteve-se um documento questionário, onde inicialmente se garante a confidencialidade pessoal e dos dados recolhidos, acompanhado por uma secção introdutória onde se apresenta o tema da dissertação, os seus objectivos, o seu carácter académico, o pedido de colaboração e os agradecimentos.

Após esta introdução, pede-se em algumas questões uma caracterização pessoal, académica e profissional do questionado, seguido das vinte afirmações, que serão classificadas de acordo com uma escala de Likert de cinco pontos indexada, onde se pede aos inquiridos que indiquem o seu acordo ou desacordo onde “1” significa “Discordo Totalmente” e o “5” corresponde a “Concordo Totalmente”, relativamente a duas áreas ideológicas: ao “Idealismo”, cujos resultados referentes são calculados somando as pontuações obtidas nos itens 1 a 10; ao “Relativismo”, onde os resultados referentes são calculados somando as pontuações obtidas nos itens 11 a 20.

A utilização de uma escala tipo Likert advém do facto de permitir que cada um dos sujeitos exprima as suas opiniões para cada um dos enunciados. O valor

total obtido irá fornecer uma indicação da atitude ou da opinião do sujeito. Desta forma, a utilização de uma escala tipo Likert irá permitir a medição de uma variável sobre uma escala ordinal sendo a diferença entre dois quaisquer valores consecutivos dessa mesma escala conceptualmente equivalentes e interpretáveis (Fortin, 2000; Pole e Lampard, 2002).

Com o documento devidamente elaborado e validado procedeu-se à primeira acção no terreno, com os pedidos de aplicação do questionário nas instituições. As solicitações foram entregues aos Conselhos de Administração dos cinco hospitais seleccionados entre 14 e 19 de Abril de 2006. Obteve-se uma resposta negativa, em 18 de Maio de 2006 por parte do Hospital de Santa Maria, onde alegam incapacidade de aplicação de mais questionários na unidade pretendida, disponibilizando um serviço alternativo. Esta proposta foi recusada por não haver mais serviços nessa instituição que se enquadrassem na tipologia pretendida para este estudo.

Resultante das demoras, burocracias e imprevistos às respostas dos pedidos de autorização de aplicação do questionário, procedeu-se à entrega e recolha desses instrumentos de colheita de dados às restantes quatro instituições entre 15 de Maio e 9 de Junho de 2006, resultando uma amostra de 172 enfermeiros (N=172, 100%). Responderam 76 enfermeiros (n=76, 44,2%), dos quais: 4 de 52 (7,7%) pertencem ao Hospital de Curry Cabral; 21 de 38 (55,3%) ao Hospital Fernando da Fonseca; 25 de 26 (96,2%) ao Hospital S. Francisco Xavier; e 26 de 56 (46,4%) ao Hospital de S. José. Apesar da simplicidade do preenchimento do questionário e do tempo de preenchimento prolongado, a reduzida adesão dos enfermeiros foi justificada, pelos gestores de serviço, como uma falta de motivação e saturação aos constantes instrumentos de colheitas de dados que são aplicados às instituições, podendo-se acrescentar a hipótese de “receio” pela temática em questão.

### **1.3.2- Entrevista**

As entrevistas são conversas com objectivos, que permite conhecer as intenções e significados dos comportamentos do entrevistado face ao tema

abordado, sendo esta uma das razões da sua frequente utilização (Pole e Lampard, 2002). Assim, tornou-se necessário realizar entrevistas que constituem uma forma privilegiada de recolha de dados complementares aos obtidos anteriormente, caracterizando-os e descrevendo-os mais profundamente, bem como continuar com a descoberta de novos temas que não foram identificados em fases anteriores do estudo (Yin, 2001).

É através da análise dos dados colhidos por este instrumento que poderemos construir sínteses interpretativas de forma a realizar uma interpretação da situação em estudo, como refere Estrela (1990:342), uma entrevista tem como uma das suas finalidades “a recolha de dados de opinião que permitam não só fornecer pistas para a caracterização do processo em estudo, como também conhecer, sob alguns aspectos, os intervenientes no processo. Isto é, se por um lado se procura informação sobre o real, por outro pretende-se conhecer algo dos quadros conceptuais dos dadores dessa informação, enquanto elementos constituintes desse processo”.

Das diversas formas de realizar e conduzir uma entrevista, optou-se pela entrevista semi-estruturada, pelas características que apresenta, nomeadamente a prévia estruturação da entrevista de acordo com os objectivos gerais e específicos, assim como a “liberdade” dada ao entrevistado para abordar o tema como quiser, e com uma interferência mínima por parte do entrevistador. Nas entrevistas semi-estruturadas fica-se com a certeza de obter dados comparáveis entre os vários sujeitos, embora se perca a oportunidade de compreender como é que os próprios sujeitos estruturam o tópico em questão (Bogdan e Biklen, 1999; Pole e Lampard, 2002).

Suportado pelos objectivos gerais e específicos propostos na investigação, e atendendo aos dados colhidos anteriormente, elaborou-se um guião (Anexo III) em que se estabelece um esquema da entrevista, contendo os temas a explorar, servindo de instrumento de apoio técnico de colheita de dados. Neste documento também se formularam as questões consideradas pertinentes e relevantes para a caracterização do processo de tomada de decisão, procurando-se com o desenrolar da “conversa” ter acesso às informações do entrevistado que permitissem ter um melhor conhecimento do assunto em causa, criando um espaço de opinião

organizado ou não, esperando que ele aborde de uma forma espontânea os vários temas em questão, atendendo aos objectivos propostos para cada conjunto de perguntas (Foddy, 1996).

O guião está dividido em cinco blocos distintos. Inicia-se com uma apresentação da investigação na sua globalidade e pedido de autorização da recolha de dados (realizado também por escrito em forma de declaração de consentimento informado), seguindo-se um pedido de identificação biográfico e profissional do entrevistado. Para facilitar a construção de um guião de entrevista mais consistente, elaborou-se uma análise dos dados do questionário de forma a perceber o índice de correlação entre os dados biográficos e os dados específicos identificativos das ideologias, o que permitiu criar questões cujas respostas permitam entender a relação ou não entre os dados das variáveis.

Para os blocos temáticos, foram elaboradas exemplos de questões que surgiram do cruzamento entre os objectivos propostos, da teoria em que se baseia o trabalho e dos dados obtidos nos questionários. Os tópicos considerados pertinentes foram denominados de:

- Os cuidados intensivos e as funções aí desempenhadas;
- Bioética e casos reais;
- Decisão e às experiências do entrevistado sobre decisão.

Com o primeiro tópico pretende-se essencialmente saber qual é o enquadramento profissional dos enfermeiros, identificar dinâmicas ao nível das funções e das relações profissionais existentes e conhecer o modo de aquisição de conhecimentos e atitudes para trabalhar em cuidados intensivos. No segundo bloco pretende-se caracterizar os enfermeiros quanto ao seu modo de actuar quando lidam com situações de dilema bioético e respectivas esferas de influência nas posturas e atitudes profissionais que têm; e atendendo às quatro ideologias referidas, diferenciar alguns aspectos possíveis identificáveis. Por fim no terceiro grupo o objectivo é identificar os processos de tomada de decisão; factores de influência a esse processo e se existe alguma interferência por parte das atitudes previamente identificadas.

Pole e Lampard (2002) identificam alguns aspectos a ter em consideração na condução de uma entrevista, pois a forma como esta é realizada pode

influenciar os dados colhidos. Um dos primeiros aspectos a considerar é o tempo disponível para a sua realização, sendo útil fornecer de início ao entrevistado, o tempo idealizado para a realização desta entrevista, o que dará indirectamente a informação do tipo de respostas que se pretende obter, bem como possibilita a organização mental das respostas, e acalma a tensão do entrevistado (sabendo de antemão o tempo máximo a que estará sujeito à entrevista).

Outro ponto é o ritmo da entrevista, onde esta poderá ser encarada como uma conversa forçada e artificial, a qual não será do completo agrado do entrevistado (pelo tema, pela exposição ou pelo tempo disponibilizado). Pretende-se que a entrevista seja o mais fluida possível desde a introdução do tema e dos objectivos, passando pelas perguntas e a desejada conclusão. A gestão do tempo e o ritmo tem de ser adequadas pontualmente ao entrevistado, pois conforme as circunstâncias e o à vontade com o tema, pode ser mais fácil ou difícil a condução da entrevista.

Os tipos de questões também influenciam a condução das entrevistas, cabendo ao entrevistador a idealização e formulação de perguntas adequadas, atendendo aos objectivos que pretendidos. Para Pole e Lampard (2002) existem diversas categorias de perguntas, variando a sua caracterização de acordo com outros autores consultados por eles, podendo ser descritivas, estruturais, ou de contraste para Spradley; directivas ou não directivas para Hammersley e Atkinson. A mistura dos diferentes tipos de questões deve estar de acordo com a estrutura da entrevista e os objectivos do estudo, bem como adaptadas à população alvo a quem se dirigem.

Outro aspecto que influencia o resultado de uma entrevista é o local onde esta se realiza, despertando para pormenores como o conforto proporcionado ao entrevistado, bem como todo o ambiente sugestivo da entrevista (onde existe uma clara distinção se for realizada no local de trabalho ou em casa do próprio, relativamente ao à vontade com que o entrevistado pode responder).

A entrevista não deve ser algo mecânico como somente falar e perguntar, mas também é importante saber escutar o entrevistado, criando as melhores condições para uma escuta efectiva. Questionando da forma mais apropriada, no tempo apropriado, no local apropriado está-se a fomentar uma resposta

interessante para os nossos ouvidos, independentemente da gravação que poderá ser feita. Neste tema inclui-se outra forma de comunicação, a não-verbal, onde a postura e linguagem corporal (nossa e do entrevistado), permite reconhecer sinais de cansaço, tédio, embaraço entre outros, que se devem analisar e decidir sobre outra forma de conduzir a entrevista.

Por fim os autores abordam a questão da gravação dos dados, acto que é bastante comum em investigações académicas, e que deve atender aos critérios éticos de permissão de colher e utilizar os dados por parte do entrevistado. Sobre a forma de colher dados é sugerido, pelos autores, a utilização não só da gravação mas também de papel e caneta que pode complementar os dados áudio colhidos com aspectos visuais detectados pelo entrevistador.

Foi estabelecido o número de 8 entrevistas, em que a selecção dos entrevistados dependeu da sua classificação obtida no questionário. Atendendo a que são quatro as tipologias definidas pelo QAE (Situacionismo, Subjectivismo, Absolutismo, Excepcionismo), escolheram-se os respondentes que obtiveram maior classificação em cada um dos tipos. Em caso de recusa ou impossibilidade de ser entrevistado recorreu-se ao respondente seguinte na lista, até ao total de dois por ideologia.

Após atender a estas questões logísticas e práticas, que facilitaram a recolha de dados, realizaram-se as entrevistas no período compreendido entre 8 e 30 de Agosto de 2006, atendendo às disponibilidades dos intervenientes. As entrevistas foram realizadas, a pedido dos entrevistados, nos hospitais e respectivos serviços onde exercem funções, quer pela gestão de tempo pessoal atribuído às entrevistas, quer pelo próprio ambiente onde foram efectuadas, sendo este mais familiar aos inquiridos. As entrevistas decorreram, na sua maioria sem interrupções e num ambiente inicialmente tenso devido a utilização de um meio de colheita de dados frontal que expõe a pessoa directamente, acrescido do facto do tema debatido ser muitas vezes pessoal e de difícil abordagem (isto para quem entrevista, bem como para quem é entrevistado), ou seja, houve uma disponibilidade admirável por parte dos entrevistados, mas por vezes notou-se um certo retraimento nas respostas. As entrevistas foram posteriormente transcritas do

meio sonoro para suporte de papel, de uma forma morosa, mas permitindo a reprodução integral do que foi referido pelos entrevistados (Anexo IV).

#### **1.4- TRATAMENTO DOS DADOS**

Após a utilização dos instrumentos de colheita de dados, procede-se à análise dos dados obtidos de forma a prosseguir a investigação e elaborar posteriormente as devidas conclusões. Pelos instrumentos atrás referidos, serão descritos alguns aspectos relevantes que permitiram um melhor tratamento dos dados colhidos. Aborda-se a análise estatística realizada aos dados colhidos pelos questionários, bem como aos dados qualitativos na medida do possível; e descreve-se a análise de conteúdo dos dados qualitativos segundo a perspectiva de alguns autores.

Na posse dos dados colhidos pelos questionários e pelas entrevistas, estes serão apresentados, quando possível, de forma esquemática para facilitar a leitura. O tratamento estatístico foi executado no software estatístico SPSS® v12.0, para que de acordo com os dados fornecidos e na tentativa de ir ao encontro dos objectivos estabelecidos, se efectuasse a análise e tratamento de dados, com posterior interpretação dos resultados, obtendo-se as representações gráficas daí decorrentes.

##### **1.4.1- Questionário**

Para tratar a informação obtida, quer nos questionários quer nas entrevistas, utilizaram-se vários métodos de análise de dados estatísticos como a análise descritiva que permitiu criar um perfil quer dos questionados e entrevistados sob alguns aspectos previamente estabelecidos, bem como permitiu quantificar e descrever numericamente a relevância de algumas respostas obtidas em ambiente de entrevista; foi ainda necessário implementar um método para obter os elementos que se evidenciavam nas categorias ideológicas propostas pelo questionário QAE, e através da utilização do técnica de análise exploratória de

dados mais adequada, seleccionar para as entrevistas os enfermeiros que melhores resultados obtiveram de acordo com o estabelecido *a priori* para o estudo (Pestana e Gageiro, 2000; Maroco, 2003; Pereira, 2004).

Utilizando a estatística descritiva como ferramenta para caracterizar a amostra questionada e de acordo com as variáveis em estudo, recorreu-se à distribuição de frequências, medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de assimetria e achatamento, e à utilização de gráficos para descrever os dados em análise (Pestana e Gageiro, 2000; Maroco, 2003).

Os mesmos autores afirmam que as medidas de tendência central procuram caracterizar o valor da variável que ocorre com mais frequência. As medidas utilizadas variam consoante o tipo de variável e conforme ela é apresentada. De entre as várias medidas de tendência central, as estatísticas mais utilizadas são: a média (quociente entre a soma de todas as observações com o número total delas); a mediana (aponta o valor onde a partir do qual e antes do qual as observações são de 50%, isto após de as ordenar em ordem crescente); e a moda (representa o valor mais frequente da variável).

As medidas de dispersão caracterizam, segundo os autores consultados, a dispersão das observações em torno das estatísticas de tendência central ou na amostra. De entre as várias medidas de dispersão, as mais utilizadas são: a variância (medida relativa da dispersão dos valores em torno da média; desta medida resulta o desvio padrão que é mais fácil de interpretar pois a sua dimensão é a mesma da variável em estudo); o coeficiente de variação (medida de dispersão relativa ao valor da média).

As medidas de assimetria e achatamento permitem analisar a forma de distribuição dos elementos da amostra, caracterizando essa mesma forma. Na assimetria analisa-se os enviesamentos da distribuição relativamente à média. Consoante o valor do coeficiente de assimetria (denominaremos de  $g$ ) obtido, identifica-se a forma da distribuição, ou seja: se  $g=0$  a distribuição é simétrica; se  $g<0$  a distribuição diz-se com um enviesamento à esquerda ou assimetria à esquerda; se  $g>0$  a distribuição diz-se com um enviesamento à direita ou assimetria à direita (Pestana e Gageiro, 2000; Maroco, 2003).



Ainda sobre este assunto, Pestana e Gageiro (2000) e Maroco (2003) referem que nas medidas de achatamento, também se obtém um valor que permite analisar a forma da distribuição sob o ponto de vista do achatamento ou não. Consoante o coeficiente de achatamento ou kurtose (denominaremos de  $k$ ) obtido, identifica-se o achatamento da distribuição, ou seja: se  $k=0$  a distribuição é mesocúrtica; se  $k<0$  a distribuição diz-se platocúrtica (distribuição achatada); e se  $k>0$  a distribuição diz-se leptocúrtica (distribuição pontiaguda).

#### **1.4.2- Entrevista**

Tendo em vista a interpretação, descrição e sistematização do conteúdo das entrevistas, foi escolhida a técnica da análise de conteúdo, definida por Bardin como sendo “(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 1979:38), para levar a cabo procedimentos descritivos e inferências, mas também com um componente adicional quantitativo como é descrito por Vala (1987).

Esta técnica é morosa e complexa, mas extremamente útil do ponto de vista de sistematização dos conteúdos adquiridos. Sucintamente o que se realizou foi uma leitura cuidada dos guias de perguntas das entrevistas obtendo padrões e regularidades (Bogdan e Biklen, 1999), seguindo-se a determinação de unidades de registo que correspondem ao mais pequeno fragmento de texto que tenha sentido autónomo de acordo com o objectivo (Estrela, 1990:455). Do trabalho em torno destas unidades de registo surgem as categorias, ou seja, a aglutinação de unidades de registo com características semelhantes seguindo critérios enunciados por Bardin (1979:120), a saber:

- Exclusão mútua – cada indicador não pode ser incluído em mais do que uma categoria.
- Homogeneidade – num mesmo conjunto de categorias só deve existir uma dimensão de análise.
- Pertinência – o sistema de categorias deve responder aos objectivos da investigação e às características da mensagem.

- Objectividade – as condições de entrada dos indicadores nas subcategorias e categorias devem ser clarificadas.

De entre os diversos tipos de unidades de registo, optou-se pela semântica onde se procura o significado das palavras e em que as unidades mais comuns são afirmações sobre os assuntos onde se pretende “descobrir os núcleos de sentido... sendo geralmente utilizada para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc” (Bardin, 1979:105-106), seguindo-se a identificação de unidades de contexto em que a sua dimensão é maior e que permite compreender o significado das unidades de registo. Atendendo às características das entrevistas (serem semi-directivas e serem de relato de situações reais da vida pessoal e profissional), definiu-se as unidades de contexto como as próprias entrevistas individualizadas.

O exercício da categorização dos dados, foi executado após a realização das entrevistas, pois apesar de haver um objectivo comum nos assuntos que se pretendiam colher, a amplitude dos dados e a riqueza que se obtém pela introdução de temas que não estavam no guião levou a que se opta-se por este método de actuação, em detrimento da análise de conteúdo restrita ao quadro teórico previamente estabelecido. A análise desses conteúdos produziu uma grelha com as categorias e sub-categorias dos temas investigados (Anexo V), e cuja análise encontra-se integralmente em anexo (Anexo VI).

Houve também o cuidado de realizar esta análise de conteúdo o mais próximo da recolha de dados, no sentido de não se perderem aspectos particulares que melhoram os dados obtidos, e permitem uma maior funcionalidade para trabalhar os resultados da análise efectuada.

## **1.5- IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

Uma pesquisa que envolva seres humanos, requer uma análise dos procedimentos a serem utilizados, de modo a protegerem os direitos dos sujeitos, baseados nos principais códigos de ética desenvolvidos desde o fim da Segunda Guerra Mundial, onde cada disciplina estabeleceu o seu próprio código ético,

entre as quais a enfermagem. Sales e Folkman (2000) e Polit, Beck e Hungler (2004) referem que os códigos de conduta ética em investigação foram extraídos de entidades que criaram documentos como: os princípios éticos da *American Psychologic Association* dos psicólogos e respectivo código de conduta; Código de Regulamento Federal Americano para a protecção de investigados humanos; e o Relatório Belmont. Destes derivam alguns princípios éticos dos quais se destacam: beneficência, respeito pela dignidade humana e justiça.

O primeiro prende-se com a protecção dos sujeitos contra danos físicos e psicológicos, devendo-se por isso salvaguardar os riscos psicológicos. Neste estudo tal não se aplica, pois não há envolvimento de experimentação física, e os riscos psicológicos são reduzidos, não comportando por isso grandes consequências sobre o sujeito, sobretudo se for garantido o anonimato.

A segunda prende-se com o respeito que os sujeitos inquiridos nos merecem, possuindo a liberdade de controlar as actividades em que se encontram envolvidos e de participarem voluntariamente no nosso estudo. Exige-se que haja o direito à revelação completa no que respeita aos objectivos do estudo, a natureza do mesmo e o respeito pelos sujeitos sobre o qual o mesmo incide, podendo este envolver um consentimento autorizado com o uso de um formulário, dirigido à instituição e/ou aos sujeitos.

Concretamente foi redigido uma carta para a Direcção de Enfermagem dos hospitais visados, pedindo autorização para que os questionários possam ser aplicados aos enfermeiros dos respectivos hospitais, acompanhado em alguns casos de uma justificação por parte da Universidade que apoia este estudo. Individualmente, na folha de rosto do questionário entregue aos inquiridos, era explicado a natureza e tipo de estudo que se pretende realizar, para que a sua participação seja de forma voluntária e consciente.

O terceiro princípio ético da justiça prende-se com a selecção e o tratamento dos dados obtidos. Neste caso a população alvo foi previamente definida e a sua selecção devidamente justificada, atribuindo a todos os elementos que possuam as condições requeridas, a participação neste estudo; foi garantido o anonimato dos dados, procedendo ao direito à privacidade, direito este englobado neste terceiro princípio ético.

Streubert e Carpenter (2002) vinculam a importância dos aspectos éticos, especialmente aos estudos qualitativos e os dados daqui derivados, relacionando com o consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relações participante-investigador, estando todos estes assuntos salvaguardados e respeitados no decurso da realização desta investigação.

Sales e Folkman (2000) referem a importância do cumprimento destes aspectos, para que o objectivo de minimizar os possíveis riscos que advém de um estudo de investigação seja atingido, tais como o risco: físico (relativo às doenças e ferimentos); psicológico (depressão, alteração do auto-conceito, ansiedade); social (perda de estatuto social); económico (perda de oportunidade de emprego); legal (risco de ser preso). O aparecimento desses riscos pode surgir pela conjunção de três factores: aspectos do processo de pesquisa, vulnerabilidade particular dos participantes, e falha do investigador em usar estratégias que diminuam os riscos. Todas as medidas foram calculadas de modo a que a redução do risco fosse uma realidade.

## **2- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO**

Relativamente aos dados obtidos pelos questionários, os seus objectivos eram: a) determinar quem seriam os entrevistados na segunda fase de recolha de dados; b) permitir identificar um perfil dos enfermeiros que foram questionados. A amostra obtida de questionários respondidos e validados foi de 76 enfermeiros ( $n=76$ , 100%), que será o número de questionários que serão trabalhados para o tratamento estatístico. A apresentação gráfica é baseada em dados estatísticos que se encontram em tabelas e quadros em anexo (Anexo VII).

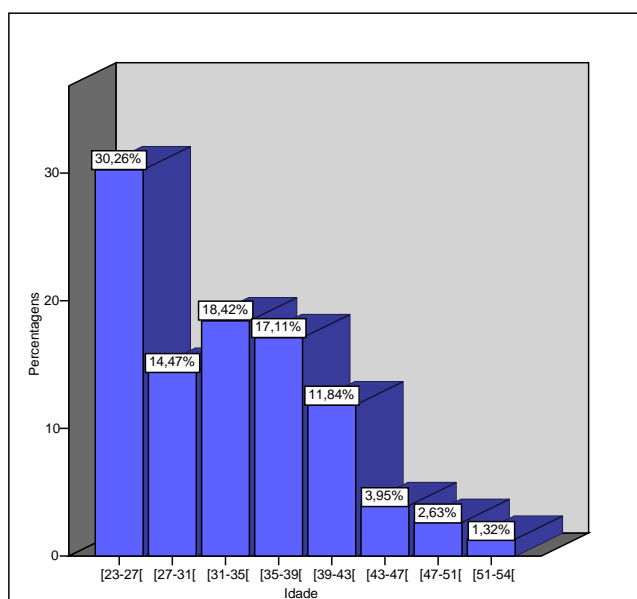
O questionário estava dividido em três secções onde na primeira se pretendia uma caracterização biográfica, social e profissional, e nas restantes duas obter-se resultados referentes ao posicionamento dos inquiridos relativamente ao idealismo e ao relativismo. Aqui irão analisar-se primeiro os dados estatísticos da caracterização sócio-profissional dos questionados; de seguida a análise dos resultados obtidos nas secções de identificação das atitudes preconizadas; e por fim a análise e identificação dos questionados que poderão ser seleccionados para a fase das entrevistas.

### **2.1- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL**

A primeira variável a ser analisada foi a idade, e para tal recorreu-se à categorização das idades recolhidas em classes estabelecidas pela regra de Sturges (Anexo VIII), onde se obteve 8 classes intervaladas em 4 anos. A média de idades é de 32,37 anos ( $s = 7,12$  anos). A distribuição das idades pelas classes é apresentada na Figura 3, onde se observa uma amostra tendencialmente mais jovem com uma concentração de dados à direita, desviando-se da média de idades, fundamentado com um valor de enviesamento de 0,554; bem como observa-se e justifica-se pelo valor de achatamento de -0,549 que esta distribuição é achatada (Anexo VII).

Estes dados são justificados pela intenção inicial de recém formados e profissionais com poucos anos de exercício, associados a faixas etárias mais jovens, de optarem por certos serviços, onde se incluem as UCI, considerados como locais de trabalho apelativo e com características que vão ao encontro dos objectivos pessoais e profissionais de cada um (Luís, 2000; Abreu, 2001).

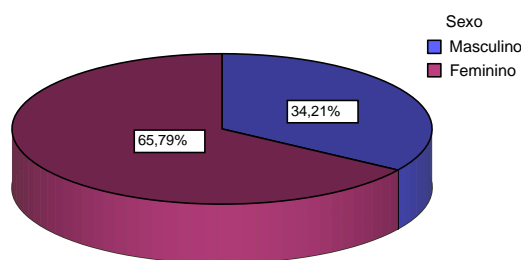
**Figura 3 – Gráfico da distribuição de dados da variável “Idade” dos respondentes ao QAE**



De seguida analisou-se a variável sexo e a sua distribuição entre os respondentes ao questionário. Observa-se na Figura 4 que a maioria dos enfermeiros que colaboraram na pesquisa são pertencentes ao sexo feminino com a percentagem de 65,79% da amostra total.

Esta diferença deriva da predominância do sexo feminino nesta profissão comprovada por estatísticas da Ordem dos Enfermeiros (2006a) referentes a 2005 em Portugal, revelando que dos 48296 enfermeiros em exercício nesse ano, 38286 são do sexo feminino (79,3%) e 9010 do sexo masculino (18,7%). Ainda assim, verifica-se um número mais elevado de enfermeiros do sexo masculino nestas UCI (34,21%) relativamente aos dados globais nacionais, regido pelos aspectos funcionais destes serviços sendo mais apelativos a este género.

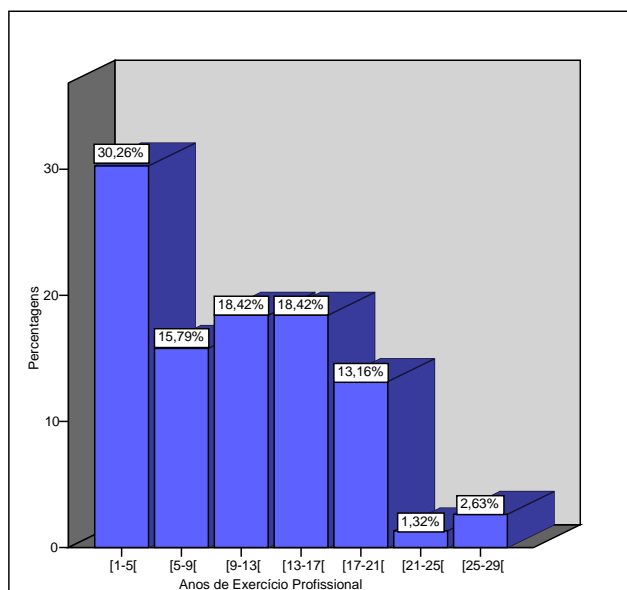
Figura 4 – Gráfico da distribuição de dados da variável “Sexo” dos respondentes ao QAE



Sobre os dados profissionais, primeiro analisou-se o número de anos de exercício profissional, onde se estabeleceram classes pela regra de Sturges (Anexo VIII), obtendo-se 7 classes intervaladas em 4 anos. A distribuição do número de anos de exercício profissional é visível na Figura 5, onde se observa uma percentagem elevada de enfermeiros recém formados, mas também uma concentração de enfermeiros com tempo de serviço entre os 5 e os 20 anos de profissão. Nota-se uma aglomeração percentual à esquerda de dados o que permite fundamentar um novo enviesamento de dados sendo o valor de desvio da média ( $x - 9,5$  anos,  $s - 6,61$  anos) de 0,447; sobre a sua forma de achatamento verifica-se pelo valor de -0,752 que esta distribuição é achatada (Anexo VII).

Estes dados, a par dos que foram observados na variável idade, justificam a intenção inicial de exercer funções em UCI pelos enfermeiros com menos tempo de profissão motivados pelo aspecto apelativo destes serviços quanto às suas dinâmicas, bem como pela pretensão de enfermeiros já com alguns anos de profissão, onde através das suas transferências para estas unidades, fomentam uma auto-promoção e busca de uma melhor situação profissional, ambicionando exercer em serviços conotados como sendo de elite e detentores de boas condições humanas e materiais para as boas práticas de enfermagem, acabando estes números por se diluírem com o decorrer do tempo profissional, para optarem por serviços menos exigentes (Luís, 2000; Abreu, 2001).

**Figura 5 – Gráfico da distribuição de dados da variável “Anos de Exercício Profissional” dos respondentes ao QAE**

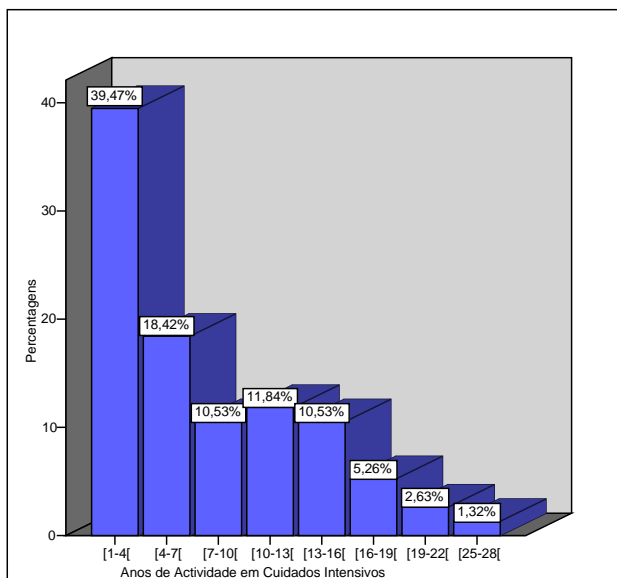


Outro dado profissional a analisar foi o número de anos de actividade em cuidados intensivos. Recorreu-se a novas classes pela regra de Sturges, encontrando-se 8 classes intervaladas em 3 anos. Esta distribuição é visível na Figura 6, onde se observa uma maioria de enfermeiros com pouco tempo de actividade em cuidados intensivos, seguindo-se uma concentração de enfermeiros com 4 a 16 anos de serviço. Também aqui existe um enviesamento e neste caso mais acentuado que na idade e anos de actividade profissional pois o desvio da média ( $x = 7,04$  anos,  $s = 5,96$  anos) é de 0,801; sobre o seu achatamento, este gráfico e o valor obtido de -0,210 permite afirmar que existe um achatamento embora menos acentuado que as outras duas variáveis (Anexo VII).

Esta relação tempo/serviço em UCI justifica a existência de um número grande de enfermeiros com pouca experiência profissional em cuidados intensivos, decorrendo da vontade de exercer e experimentar as características funcionais destes serviços, mas com o passar do tempo existe um decréscimo nessa relação, pelo facto do grau de exigência ser maior e haver uma procura de novos objectivos profissionais, ficando nestes serviços os enfermeiros que revelam uma maior apetência e gosto por estas UCI (Luís, 2000; Abreu, 2001).

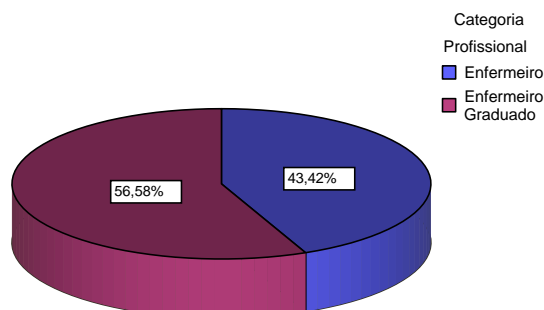


**Figura 6 – Gráfico da distribuição de dados da variável “Anos de Actividade em Unidades de Cuidados Intensivos” dos respondentes ao QAE**



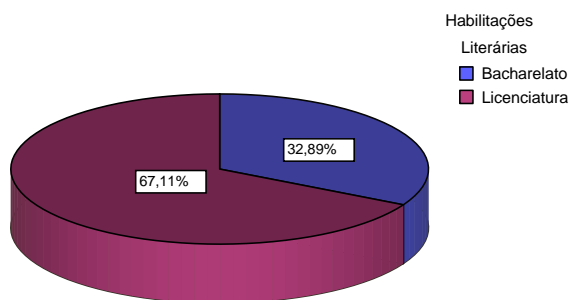
Sobre a categoria profissional, os resultados encontram-se visíveis na Figura 7, onde se observa uma distribuição quase idêntica entre enfermeiros e enfermeiros graduados (Anexo VII). Segundo dados da Ordem dos Enfermeiros (2006a), em Portugal e em 2005 havia um total de 41440 de enfermeiros generalistas com funções dos quais 30669 eram responsáveis pela prestação de cuidados directos ao utente, não havendo dados sobre a atribuição de categorias profissionais ao nível de enfermeiro e enfermeiro graduado.

**Figura 7 – Gráfico da distribuição da variável “Categoria Profissional” dos respondentes ao QAE**



As habilitações literárias dos respondentes foram analisadas e mostradas na Figura 8, onde se observa um predomínio por enfermeiros licenciados. Não se obtiveram respostas por parte de enfermeiros com outros cursos ou outros graus académicos (Anexo VII). Actualmente os cursos superiores de enfermagem são licenciaturas, havendo também um curso de complemento para os enfermeiros que detêm o grau de bacharel ou equivalente desde 2000, para obtenção do grau de licenciado justificando assim o número superior de licenciaturas relativamente aos bacharelatos.

**Figura 8 – Gráfico da distribuição da variável “Habilitações Literárias” dos respondentes ao QAE**



Para interligar os aspectos quantitativos e qualitativos, pretendeu-se verificar as possíveis conexões entre os dados biográficos e as ideologias referidas, utilizando medidas de associação para estabelecer quantitativamente a intensidade e a direcção da associação entre duas variáveis, o que não permite deliberar uma relação causa-efeito, mas apenas fornecer indícios de correlação, que podem e devem ser explorados de forma qualitativa. Por se tratarem de variáveis pelo menos ordinais, os autores consultados indicam a utilização do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, onde no final obtêm-se dados estatísticos (Anexo IX), e que fará variar o coeficiente entre valores de -1 e 1, correspondendo respectivamente a associações negativas perfeitas e a associações positivas perfeitas (Pestana e Gageiro, 2000; Maroco, 2003; Pereira, 2004).

Dos resultados obtidos verifica-se uma associação linear entre as variáveis “Idealismo” e “Habilitações Literárias”, com um coeficiente de correlação de -0,330 ( $p=0.004$ ), para um nível de significância de 1%. Sobre as outras correlações possíveis das restantes variáveis não se encontraram valores de coeficiente demonstrativos de uma associação linear significativa.

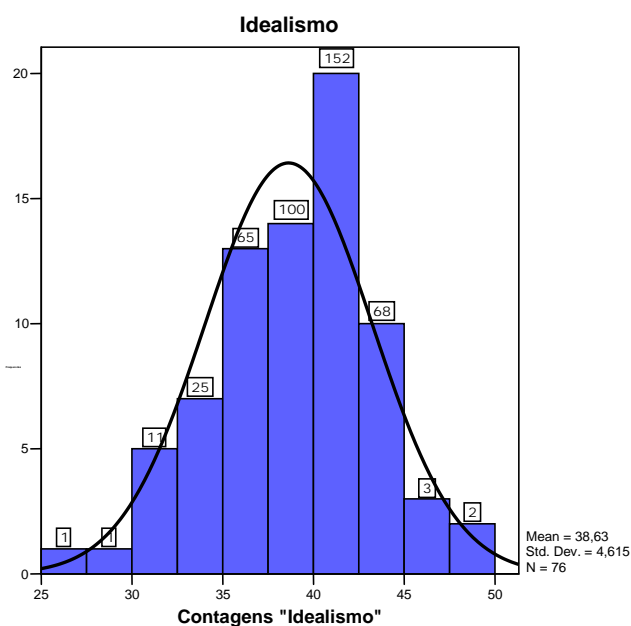
## 2.2- ATITUDES ÉTICAS

Nas secções 2 e 3 obtiveram-se resultados referentes às somas dos itens preenchidos pelos questionados, onde a na primeira identificam-se os mais propensos a adoptarem atitudes idealistas, e na segunda os mais propensos a adoptarem atitudes relativistas de acordo com o preconizado no estudo de Forsyth (1980). Atendendo aos resultados das frequências que se encontram em anexo (Anexo VII), elaboraram-se histograma de distribuição para os dois tipos de atitudes a estudar para melhor visualizar o posicionamento dos enfermeiros face às ideologias, bem como faz-se referência a alguns dos itens que mais se evidenciaram nos dados colhidos.

Sobre as atitudes idealistas verifica-se na Figura 9 que existe uma distribuição tendencialmente central com uma ligeira acumulação de resultados para à direita com um valor de enviesamento de -0,307 relativamente à média; também se pode analisar que relativamente ao achatamento existe uma tendência a que o gráfico seja pontiagudo pois o valor obtido é de 0,518 (Anexo VII).

O valor médio obtido na análise desta ideologia corresponde a 38,63 pontos, ( $s = 4,61$ ), atendendo a uma escala de Lickert de 1 a 5 pontos, comparáveis aos dados obtidos pelo autor de 63,5 pontos (onde utilizou uma escala de Lickert de 1 a 9 pontos). Analisando os dados relativamente às suas escalas, observa-se uma relação de 0,77 para este estudo e de 0,71 para o do autor, obtendo-se uma equivalência próxima, com uma diferença de 0,06 (Forsyth, 1980).

**Figura 9 – Histograma referente à distribuição dos resultados obtidos no QAE sobre a ideologia “Idealismo”**



De forma a analisar os resultados obtidos nos questionários, elaborou-se o Quadro 4 onde se identificam os dez itens referentes à ideologia “Idealismo” e as respectivas médias e desvios padrão individuais, onde no conjunto desses itens obteve-se um valor da média de 3,86 pontos ( $s = 0,798$ ), encontrando-se os dados em anexo (Anexo VII). Verifica-se que há uma tendência para que as respostas dos inquiridos denotem um elevado grau de idealismo, acreditando na realização e concretização de objectivos atendendo às atitudes éticas e acções consideradas mais correctas. Na prática permite-se inferir que os enfermeiros de cuidados intensivos, pelas respostas obtidas, têm uma consciência da responsabilidade dos seus actos, querendo que estes sejam os ideais para atender às situações clínicas que ocorrem nas suas vidas profissionais.

Quadro 4 – Dados estatísticos referentes aos itens da secção ideológica “Idealismo” do QAE

<u>Itens</u>	<u>Média</u>	<u>Desvio Padrão</u>
1. As pessoas devem assegurar que as suas acções nunca causem intencionalmente danos a outra, mesmo que eles se manifestem em grau reduzido.	4,75	0,465
2. Colocar o outro em risco não deve ser tolerado em circunstância alguma, independentemente desse risco ser pequeno.	4,29	0,830
3. A existência de potenciais danos a outra pessoa é sempre um acto errado, independentemente dos benefícios que daí advenham.	3,47	1,125
4. Nunca se deve causar danos psicológicos ou físicos a outro.	4,43	0,854
5. Nunca se deve praticar uma acção que poderá ameaçar de alguma forma a dignidade e bem-estar de outro indivíduo.	4,47	0,683
6. Se uma acção puder causar danos a um inocente, então não deverá ser realizada.	4,24	0,907
7. Decidir a execução ou não de um acto através da ponderação das suas consequências positivas e negativas, é imoral.	2,30	0,994
8. A dignidade e o bem-estar das pessoas devem ser as preocupações mais importantes em qualquer sociedade.	4,38	0,653
9. Nunca é necessário sacrificar o bem-estar de outros.	3,00	1,020
10. Os comportamentos morais são as acções que mais se aproximam dos ideais da acção mais “perfeita”.	3,29	0,921

Nos extremos dos resultados obtidos, o item que apresenta o valor de média mais elevado ( $x = 4,75$ ,  $s = 0,465$ ), é o primeiro item “As pessoas devem assegurar que as suas acções nunca causem intencionalmente danos a outra, mesmo que eles se manifestem em grau reduzido”, onde se verifica que 76,3% dos inquiridos concordaram totalmente com a afirmação, associando-lhes mais 22,4% de enfermeiros que concordam, perfazendo o valor de 98,7% das respostas concordantes (Anexo VII) Estes valores denotam um sentido forte no princípio ético da beneficência e não-maleficência, associado às práticas de cuidar em enfermagem, promovendo esta cultura nas acções que executam todos os dias, e que é visível em regulamentos e códigos da profissão. Decorre daqui uma forma de protecção em cuidados intensivos, pelo tipo de utentes existentes nessas

valências, onde os enfermeiros além de assegurar que as suas acções não provocam danos, asseguram que as dos outros também não o façam, sendo conotados com o papel de advogado do doente como já foi referido, indo ao encontro dos resultados perfeitos referidos por Forsyth (1980) quando atribui valores altos à ideologia do idealismo.

Igualmente relevante encontra-se o item sete, com uma média de 2,30 pontos ( $s = 0,994$ ), que refere “Decidir a execução ou não de um acto através da ponderação das suas consequências positivas e negativas, é imoral”, obtendo-se dois terços de respostas discordantes (Anexo VII). Empiricamente denota-se uma necessidade de ponderação das acções que se tomam, de preferência com uma mentalidade focalizada nas consequências desses actos, e será a partir desta ponderação que as atitudes são tomadas sem prejuízo para moralidade da questão. Forsyth (1980) revela que pessoas com baixos valores de idealismo acreditam em danos resultantes de acções morais pelo que preferem ponderar de forma pragmática entre as vantagens e desvantagens de um acto em detrimento de valores morais que possam existir.

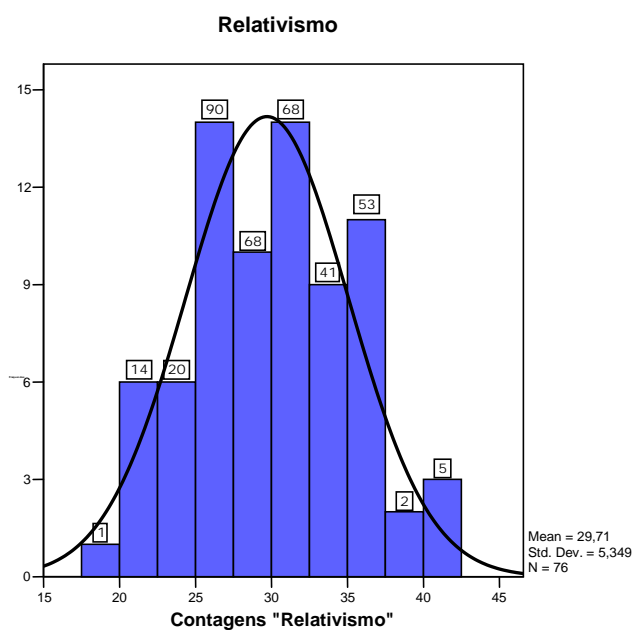
Ainda dos resultados desta secção, é de referir o item oito “A dignidade e o bem-estar das pessoas devem ser as preocupações mais importantes em qualquer sociedade”, pelo facto de ter sido pontuado com opiniões concordantes e neutras, o que demonstra a preocupação, por parte dos enfermeiros de cuidados intensivos, em demonstrarem atitudes que promovam a dignidade e bem-estar de um utente, com vista a que a sua qualidade de vida seja mantida. Este factor é referido no artigo 76º do Código Deontológico dos enfermeiros, no item a) dos deveres gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2004b) e sustentado pelas actuações e preocupações manifestadas pelos enfermeiros nos seus contextos de trabalho e em particular em UCI, local onde os cuidados são essenciais para que as premissas da dignidade e bem-estar sejam cumpridas.

Sobre as atitudes relativistas verifica-se na Figura 10 que existe uma distribuição central com um desvio à média nada significativo pois o valor de enviesamento é de 0,056; enquanto que relativamente à sua forma de achatamento

verificada pelo valor de  $-0,664$ , existe uma preponderância para que seja uma distribuição achatada (Anexo VII).

O valor médio obtido na análise desta ideologia corresponde a 29,71 pontos ( $s = 5,35$ ), atendendo a uma escala de Lickert de 1 a 5 pontos, comparável aos dados obtidos pelo autor de 61,8 pontos (onde utilizou uma escala de Lickert de 1 a 9 pontos). Analisando os dados relativamente às suas escalas, observa-se uma relação de 0,59 para este estudo e de 0,69 para o do autor, obtendo-se um afastamento dos resultados com uma diferença de 0,1 no sentido de que a amostra estudada apresenta uma ideologia menos relativista quanto aos resultados obtidos por Forsyth (1980).

**Figura 10 – Histograma referente à distribuição dos resultados obtidos no QAE sobre a ideologia “Relativismo”**



Para a análise das médias dos dez itens referentes à ideologia do “Relativismo”, elaborou-se no Quadro 5 a associação de cada um dos itens proposto no QAE aos respectivos valores de média e desvio padrão, sendo o valor de média encontrado para a totalidade destes itens de 2,97 ( $s = 0,615$ ), como se verifica nos dados em anexo (Anexo VII). Verifica-se que existe um posicionamento central, correspondendo a opções neutrais ou de equilíbrio entre

as concordante e discordantes, não se denotando uma tendência quanto ao enquadramento desta ideologia em valores altos ou baixos. Forsyth (1980) define nesta secção as opiniões sobre a existência de regras fixas ou mais personalizadas relativamente a atitudes éticas, verificando-se neste caso uma divisão quanto às convicções de acordo com as ideias e experiências de cada um dos questionados.

**Quadro 5 – Dados estatísticos referentes aos itens da secção ideológica “Relativismo” do QAE**

<u>Itens</u>	<u>Média</u>	<u>Desvio padrão</u>
11. Não existem princípios éticos que sejam tão importantes que devam fazer parte de um código de ética.	1,86	0,905
12. O que é ético varia de acordo com a situação e a sociedade em que se insere.	3,54	1,076
13. Os padrões morais podem ser vistos como factos individuais, o que quer dizer que, o que uma pessoa considera um acto moral poderá ser julgado como imoral por outra.	3,63	1,018
14. Os diferentes tipos de moralidade não podem ser comparados a respeito da sua “rectidão”.	3,45	0,773
15. As questões acerca do que é a ética nunca serão resolvidas, uma vez que a atitude moral depende exclusivamente do indivíduo.	2,87	1,011
16. Padrões morais são simplesmente regras pessoais que indicam como uma pessoa se deve comportar, e não devem ser aplicadas para efectuar julgamentos acerca de outros.	3,39	1,021
17. As considerações éticas nas relações interpessoais são tão complexas que deveria ser permitido aos indivíduos formularem as suas próprias regras.	2,26	0,870
18. A classificação rígida da posição ética, que impeça certos tipos de acções, poderá constituir um obstáculo a um melhor ajustamento das relações humanas.	3,39	0,896
19. Não pode ser formulada nenhuma regra referente a mentir; se a mentira é admissível ou não, só depende da situação.	2,42	1,111
20. O julgamento da moralidade ou imoralidade da mentira depende das circunstâncias que envolvem a acção.	2,89	1,126



No equilíbrio registado nos dados colhidos, é exemplo o item 15 “As questões acerca do que é a ética nunca serão resolvidas, uma vez que a atitude moral depende exclusivamente do indivíduo”, que revela contradição entre o cepticismo de chegar a um consenso sobre as questões éticas e a resolução pessoal dessas questões, pois se por um lado existem opiniões de que a individualidade será o “fio-de-prumo” que orientam as atitudes, e como tal em contexto de cuidados intensivos, haverá espaço para decisões pessoais e personalizadas; por outros existe a opinião de que poderá haver um consenso entre as atitudes já formalizadas, e como tal recorrer a suportes estabelecidos nestes contextos. Esta é uma questão que demonstra a diversidade de convicção em ambiente equivalentes de cuidados intensivos, permitindo uma discussão entre duas partes com argumentos próprios e válidos, que a nível prático podem facilitar ou não a implementação de novas formas de agir e pensar.

Salienta-se o caso do item onze, que refere “Não existem princípios éticos que sejam tão importantes que devam fazer parte de um código de ética”, por ter obtido uma média de 1,86 ( $s = 0,905$ ), sendo o valor mais baixo dos itens desta secção (Anexo VII). Este resultado significa uma discordância relativamente ao facto de não se incluírem princípios éticos existentes e conhecidos enquanto normas e guias a seguir em caso de dúvida, o que permitiria decidir de uma forma mais sustentada. Forsyth (1980) descreve que as pessoas com valores de relativismo baixos encaram a moralidade como baseada em regras absolutas o que parece notar-se também nesta amostra pela necessidade sentida de haver regras e códigos bem marcados para evitar a dúvida

No outro extremo encontra-se o item treze que refere “Os padrões morais podem ser vistos como factos individuais, o que quer dizer que, o que uma pessoa considera um acto moral poderá ser julgado como imoral por outra”, que obteve uma média de 3,63 ( $s = 1,018$ ) sobre as opções concordantes (Anexo VII). Este resultado identifica o acordo, existente entre os inquiridos, relativamente à subjectividade inerente à interpretação de situações e utilização de padrões e atitudes éticas atribuindo um factor individual a cada acto que possa ser julgado. Para Forsyth (1980) valores altos de relativismo confirmam a percepção

individual que cada pessoa tem a um situação, bem como se pode aferir que cada acção também será única o que destabiliza as possíveis decisões a tomar.

### **2.3- PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DE ACTORES DE SEGUNDO NÍVEL**

Para identificar os elementos que melhor se enquadram dentro dos valores pretendidos para as 4 dimensões ideológicas referidas por Forsyth (1980, 2006) e Nickell e Herzog (2006), pesquisaram-se nos resultados obtidos pelos questionários, os valores que a elas correspondiam. Como valores assumidos, o questionário teria como mínimo e máximo, em cada secção, 10 e 50 respectivamente, o que perfaz na totalidade do QAE valores mínimos e máximos de 20 e 100. Desta forma, obtinha-se os valores relativos ao “Situacionismo” e ao “Excepcionismo” através dos valores das somas das duas secções mais alto e mais baixo respectivamente. Para o “Absolutismo” teve que se encontrar de entre os valores mais altos obtido pelos idealistas e cruzar com os mais baixos dos relativistas; funcionando de modo inverso para encontrar os elementos enquadrados no “Subjectivismo”.

Em anexo (Anexo X), utilizando o tratamento cruzado dos dados obtidos, evidenciaram-se os questionados submetidos ao QAE, que serão seleccionados como candidatos para as entrevistas de forma a recolher os dados qualitativos necessários à realização desta dissertação. Foram 12 os questionários extraídos, com os valores que se pretendiam e destes optou-se por 4 indivíduos de cada dimensão, de forma a fornecer eventuais suplentes. Pode-se visualizar no Quadro 6 os números dos questionários seleccionados, o seu posicionamento dentro das dimensões éticas consideradas, e disponibilidade para a entrevista.

**Quadro 6 – Selecção dos candidatos a entrevistas, de acordo com a sua dimensão ideológica e disponibilidade para entrevista.**

<b>Relativismo (R)</b> <b>Idealismo (I)</b>	<b>Valores Altos</b>	<b>Valores Baixos</b>
	<b>Situacionismo</b>	<b>Absolutismo</b>
<b>Valores Altos</b>	Q35 – Férias Q76 – Entrevistado Q33 – Entrevistado Q74 – Não contactado	Q41 – Entrevistado Q64 – Entrevistado Q8 – Não contactado Q53 – Não contactado
	<b>Subjectivismo</b>	<b>Excepcionismo</b>
<b>Valores Baixos</b>	Q66 – Não quis ser entrevistado Q34 – Entrevistado Q18 – Entrevistado Q24 – Não contactado	Q51 – Entrevistado Q11 – Entrevistado Q32 – Não contactado Q72 – Não contactado

No total realizaram-se oito entrevistas (duas por ideologia), efectuadas em três das quatro instituições onde se aplicaram os questionários, distribuídas desta forma: duas no hospital Fernando da Fonseca; três no Hospital S. Francisco Xavier; e três no Hospital de S. José; não se realizando no Hospital de Curry Cabral pois o número de questionários colhidos foi reduzido e como tal também as hipóteses de haver seleccionados desse campo de pesquisa era reduzida.

### **3- BIOÉTICA E ENFERMAGEM: COMPLEXIDADES**

Após a aplicação dos questionários seguiu-se o aprofundamento da temática em estudo com a realização de entrevistas e dos dados colhidos obtendo-se 4 blocos temáticos, representando cada um deles aspectos que sobressaíram na entrevista. Numa primeira fase descrevem-se os enfermeiros entrevistados analisando estatisticamente os dados previamente colhidos nos questionários, procedendo-se à identificação anónima dos entrevistados, no sentido de perceber o seu posicionamento ético e as suas respostas; segue-se uma análise do conteúdo referente ao ambiente de cuidados intensivos onde exercem funções; seguido de aspectos referentes à ética e às suas posturas profissionais, e terminando com uma análise semelhante ao tema da decisão.

#### **3.1- SOBRE OS ACTORES ENVOLVIDOS**

Dos dados colhidos anteriormente nos questionários obteve-se esta descrição estatística referente aos 8 entrevistados. Observa-se que a média de idades dos inquiridos é de 36,63 anos ( $s = 2,72$  anos). São enfermeiros que exercem a profissão numa média de 13,25 anos ( $s = 2,1$  anos), valor muito próximo do tempo de exercício em UCI, sendo o valor dessa média de 11,13 anos ( $s = 2,59$  anos). Relativamente à variável “sexo” encontra-se um equilíbrio de quatro elementos de cada género, sendo a seis dos enfermeiros atribuída a categoria de graduado, e a três deles, o grau de licenciatura (Anexo XI).

Para facilitar a identificação dos entrevistados, sem por em causa a confidencialidade dos mesmos, atribuiu-se a letra “E” associada a um número correspondente à entrevista, ficando em anexo às frases analisadas nesta secção. A associação dos entrevistados às ideologias determinadas por Forsyth (1980), encontram-se no Quadro 7.

**Quadro 7 – Identificação dos entrevistados e correspondentes a ideologia associada**

<b>E1</b>	Absolutismo
<b>E2</b>	Situacionismo
<b>E3</b>	Subjectivismo
<b>E4</b>	Situacionismo
<b>E5</b>	Excepcionismo
<b>E6</b>	Excepcionismo
<b>E7</b>	Subjectivismo
<b>E8</b>	Absolutismo

Sobre os dados recolhidos nas entrevistas, analisa-se o tema das habilitações literárias por ter havido uma correlação significativa nos dados obtidos nos questionários entre as habilitações literárias e as ideologias identificadas. Optou-se por abordar este tema de início pelo facto de ir no seguimento natural de uma conversa onde se pergunta o percurso académico e profissional de um indivíduo.

Dos 8 entrevistados, 3 são licenciados e os restantes possuem o bacharelato ou equivalência, mas de maneira geral existe um conhecimento acerca dos temas leccionados e das metodologias usadas pela partilha de informações entre os que já realizaram a licenciatura e os que ainda pensam (ou não) vir a realizar, dividindo-se as opiniões, sendo as mais positivas dos primeiros e as mais negativas dos segundos.

A opinião geral dos reticentes à continuação dos estudos prende-se com a ideia da não aplicabilidade directa dos conteúdos e conhecimentos adquiridos às práticas dos cuidados prestados diariamente. Indicam como justificação a existência de temas que não são considerados úteis ou interessantes, assim como uma “perda” de recursos pessoais. A procura de formação passa pelas abordagens de conhecimentos teórico-práticos relacionados com as actividades e situações diárias da profissão, havendo uma identificação dos profissionais com conhecimentos técnico-científicos em detrimento de áreas como a investigação e a gestão. Ficou pouco explícito nas palavras, mas existe uma tendência para associar os conhecimentos e formação adquiridos em áreas práticas ligadas aos

cuidados com a possibilidade de os utilizar com ferramenta de afirmação profissional.

“(...) o que é que se lá vai aprender em termos de... de trabalho de enfermagem? Não, não é nada.” (E4)

“É mais virado para áreas de gestão e investigação, por aquilo que percebo, pelos colegas que vão fazendo, e eu realmente não era bem essa a minha... o meu interesse. Eu gostava de fazer uma especialização, mas numa área mais virada para o cuidado e não tanto para investigações (...)” (E8)

Em contrapartida, as opiniões positivas referem-se à utilidade de obter a licenciatura, pela importância de abordagens temáticas que suscitam interesse, e pelo facto de serem pouco desenvolvidas ao longo da carreira profissional, sendo até esquecidas com o tempo, mas também pela mudança de atitudes e de imagem que está associada à enfermagem e as suas funções, valorizando-se por pertencer a uma classe profissional que cada vez mais se distingue pelas valorizações académicas que vai possuindo o seu corpo profissional com a mais valias associadas às práticas e decisões que se requerem.

Esta necessidade de pesquisar temas que fundamentem actos práticos em detrimento de procurar assuntos mais teóricos pode surgir, em concordância com as atitudes éticas descritas por Forsyth (1980), por uma busca às regras morais que suportem os actos profissionais que se pretendem exercer nos cuidados aos utentes. Como é patente no discurso de E5 e E6, sendo-lhes atribuído a ideologia de excepcionistas, atribuem uma importância aos temas e demonstrações focados em contexto formativo, que permitiram identificar focos de autonomia na profissão e simultaneamente haver uma hipótese de mudança de atitudes no sentido de melhorarem as suas prestações.

“(...) mostrar-me que se calhar a enfermagem estava muito pouco autónoma [e] mostrar que poderá haver uma enfermagem diferente

daquilo que, até então, se pratica (...). Mas que a enfermagem tem autonomia suficiente para tomar determinadas decisões.” (E5)

“(...) esta evolução só se dá, por vários factores, por que nós estamos, na minha opinião, estamos constantemente em crescimento e em aprendizagem, não é? E portanto, quer pela nossa formação que vai ser actualizada, pelo complemento, e... pronto, com estes trabalhos todo, e continuamente pelos enfermeiros licenciados, como felizmente tem acontecido, não é?, permite a gente pensar um bocado e reflectir, e mudar de atitudes...” (E6)

Falando especificamente da utilidade das habilitação literária para as temáticas da decisão e da bioética, verifica-se que a importância é relativa, pois analisa-se nas afirmações de alguns entrevistados que, se por um lado o debate foca temas que se encontram na experiência vivida de casos em cuidados intensivos e permite ter um suporte pelo menos teórico sobre os assuntos, fica a percepção de que esses mesmos assuntos são muitas vezes subjectivos, tal como refere E6, e que acabam por não ter um papel preponderante na tomada de decisão ou mesmo na aplicação à prática dos mesmos, no sentido de uma maior autonomia.

Torna-se visível a pouca importância e consideração dada a temas essencialmente teóricos (como a bioética) para as práticas de enfermagem ou aspectos pragmático como a decisão, patente no discurso de E6, confirmando neste caso a sua filiação na ideologia dos excepcionistas em relação ao aspecto da formação e da bioética, numa visão muito utilitarista dos meios que pretendem dispor, tal como define Forsyth (1980).

“[Foi abordada] A ética ao nível do direito da saúde, relacionado com o direito na saúde, e depois as normas éticas em que muitas vezes a gente não sabe (...) Depois a gente fica também... quando sai de lá fica um bocado... um bocado no vazio, assim, não é uma coisa muito objectiva.” (E6)

“Não, não considero que tenha sido por ai que tenha tido mais algum avanço nesse sentido de tomada de decisão ou mais autonomia. (...) eu acho que isso também nos dá uma certa autonomia, depois a longo prazo, em fazer investigação em enfermagem, e sendo o quarto ano mais virado para essa questão da investigação, talvez por ai tenha sido adquirido sem... mas não foi especificamente, não estava especificamente virado para assim nos dar uma certa autonomia em termos hospitalar e de decisão.” (E7)

Um aspecto que foi focado pela situação de haver um enfermeiro com experiência profissional e académica de outro país, foi o facto de se salientarem algumas diferenças de formação, em particular na ponte entre a teoria e a prática e consequentemente poderá haver uma implicação entre esta função de agir e as decisões tomadas e a liberdade de as tomar.

“(...) realmente não tem muito a ver com isto aqui. Nós somos muito mais teóricos, e a nossa área é muito mais técnica, e aqui acho que é muito mais profunda, acho que é mais (...) conhecimentos práticos, e sem dúvida aprende-se muito mais, e temos muito mais (...) poder de decisão aqui do que lá. Lá somos completamente empregados do médico, e aqui não.” (E2)

Em suma, atendendo à correlação entre os dados dos questionários e a análise efectuada à entrevista, pode-se afirmar que existe uma ligeira associação entre o enquadramento dos indivíduos na ideologia atribuída e o que foi colhido em relatos pessoais. Salientam-se os entrevistados E5 e E6 pela forma como referiram algumas vantagens das habilitações literárias no papel de uma licenciatura e a procura de novos conhecimentos, acções que podemos associar à utilização de regras morais pelos excepcionistas de um ponto de vista pragmático. No entanto não foram defensores acérrimos deste tipo de acções pois manifestaram algum descrédito relativo à formação, essencialmente quando o objectivo destes indivíduos é o de obter conhecimentos e ideias práticas para agir,



em vez de abordar temáticas teóricas mesmo que elas façam parte dos seus propósitos. Em contrapartida o E7 teve observações que não se enquadraram bem na tipologia de subjectivismo a ele atribuído, pois esta ideologia define-se como baseada em valores pessoais que não necessitam de um aprofundamento formativo.

Uma palavra para a ideologia do situacionismo onde se enquadrou o E4, o qual foi coerente com as suas convicções pela não atribuição de importância ao contexto escolar/académico, preferindo uma análise individual das situações sem recorrer a novos conhecimentos. Em compensação o E8 ao não manifestar interesse nas actividades curriculares para a obtenção de habilitações académicas não se agrupou totalmente na sua ideologia de absolutista.

Sobre os E1, E2 e E3 não se obtiveram dados relevantes que permitisse analisar as suas posições quanto às habilitações académicas que possuem ou podem vir a obter.

### **3.2- OS CUIDADOS INTENSIVOS COMO CONTEXTO EM ESTUDO**

Por se tratar de um serviço comum de investigação, registaram-se algumas características que se associam aos enfermeiros que lá trabalham, bem como a determinados assuntos e singularidades que permitem obter uma caracterização do percurso por que esses profissionais passam na sua prática diária em enfermagem, num serviço que exige cuidados a utentes onde o seu grau de dependência é grande, chegando a ser total.

Para exercer funções nestes serviços requerer-se, como em qualquer outro trabalho, uma vontade e afinidade com as particularidades aí encontradas. Nos hospitais, existem várias valências correspondentes essencialmente a especialidades médicas, cada uma com especificidades que lhes são inerentes, e que constituem à partida uma opção de escolha ou obrigatoriedade para os enfermeiros que resolvem exercer em hospitais.

O que foi identificado nos relatos dos entrevistados corresponde numa primeira abordagem às razões que levaram os enfermeiros a se envolverem em cuidados intensivos, onde por vezes ocorrem imposições por parte das hierarquias que decidem as transferências e colocação dos enfermeiros nos serviços. No entanto infere-se que acaba por haver uma afinidade e adaptação por parte desses elementos, onde no final é elevado o grau de participação nesses cuidados como os que optaram por exercer especificamente em cuidados intensivos. Exemplos das diversas razões focadas pelos enfermeiros como justificação para exercerem em cuidados intensivos foram: a vocação manifestada em determinada altura da sua carreira; devido a algumas pré-concepções existentes nas mentes dos enfermeiros referente ao que são os cuidados intensivos antes mesmo de os conhecer (derivada de experiência académica enquanto alunos de enfermagem em serviços ou em temas relacionados com cuidados intensivos); ou ainda pelas condições e dinâmicas de trabalho existentes em UCI que são atraentes para os enfermeiros e para o que preconizam como cuidar em enfermagem.

“[A transferência] Foi por vontade própria, pela necessidade de novos conhecimentos (...) E questionava se eu tenho necessidade de saber mais sobre cuidados intensivos, e penso que a unidade de urgência médica é a mais completa. Não penso, tenho a certeza, objectivamente. É a mais completa em termos de cuidados intensivos (...) e porque eu tinha um bocado de... eu gostava de saber como é que era tratar de um doente, em cuidados intensivos consciente.” (E7)

“(...) temas que gosto muito; vou levar daqui, no tempo que cá estiver, coisas que não vou levar de mais sítio nenhum, (...) achei que tinha tudo, como coisas muito específicas, onde há muitas técnicas e umas máquinas e tal, como tenho tido as bases de interacção com os doentes, comunicação... abrange tudo o que é enfermagem... é esse o meu ponto de vista e é isso que me fez vir para aqui. Consegue-se atingir... desenvolver uma série de características de urgências e tal... acho que abrange tudo o que interessa para vir para aqui.” (E2)

“Isto foi logo no princípio, foi logo... portanto ainda estava na escola, a fazer... na altura em que fazíamos os estágios (...) E nessa altura foi o que gostei mais foi dessa parte dos cuidados intensivos... pela dinâmica, penso eu, ou talvez pelo stress (...) Foi mais nesse sentido que na altura optei pelo estágio final ser na UCI do Hospital D, na altura tínhamos essas possibilidade, e fui para lá e gostei e adorei. E tive a oportunidade, e a sorte de poder ir para a unidade de cuidados intensivos, logo saída da escola, e no Hospital A, e fui ficando e fui gostando.” (E5)

“Em cuidados intensivos, apesar da especificidade do serviço sinto que consigo fazer... consigo me valorizar, enquanto profissional, fazendo o meu trabalho. E numa enfermaria, sinto que talvez não conseguisse... fazia-me imensa confusão chegar ao fim do turno e sentir que não, não consegui atingir os objectivos todos, os meus padrões pessoais de qualidade do meu trabalho, por isso gosto de cuidados intensivos.” (E7)

Com bases nas motivações que levam os enfermeiros a exercerem em cuidados intensivos, surge uma abordagem de diferenças entre esses serviços quer no contexto hospitalar relativamente às outras valências, quer entre os próprios cuidados intensivos intra e extra hospitalar. Essas diferenças são mais notórias, como já foi observado, nas condições existentes (físicas e materiais), associando-se directamente aos cuidados prestados, mas também relativamente às estruturas de funcionamento entre equipas com extensão às decisões e atitudes tomadas face também aos cuidados.

“(...) os cuidados intensivos têm muitos pontos positivos em relação a serviços de internamento. Em relação a tudo, em relação a material, em relação há... ao interesse que as pessoas têm em ter pessoal suficiente, em não faltar pessoal... como nas medicinas falta paciência... não

ligam muito, e daí depois a nossa qualidade de cuidados acaba por ser complicada...” (E7)

”Não me consigo imaginar neste momento a trabalhar numa enfermaria, numa situação em que hoje se encontra o rácio enfermeiro/doentes, não... não me consigo imaginar, porque não conseguiria prestar um serviço de qualidade como sinto que aqui consigo prestar.” (E7)

Pela especificidade e abrangência que os cuidados intensivos abarcam nas suas unidades, o conhecimento e preparação são acções chave para servir de base a uma actuação segura e atempada por parte dos enfermeiros. Verifica-se que existe uma tendência para a formação técnica, pois será uma das maiores preocupações por parte dos enfermeiros, o que permite quer uma adaptação mais fácil às práticas necessárias para cuidar, bem como argumentos em situações de decisão clínica, havendo a preocupação da temática do “corpo” e seu funcionamento, relativamente a toda a globalidade bio-psico-social do utente.

Sob o aspecto de ser necessário um grau de iniciativa para actualizar conhecimentos e mantê-los presentes, identificaram-se nas entrevistas quatro formas de busca e interiorização de conhecimentos: formação específica direccionada para temas de interesse ou necessários; saberes derivados da formação académica que surgiram em contexto escolar e que eram direccionados para cuidados intensivos; conhecimentos obtidos por experiência profissional anterior que servem de sustentação para uma capitalização mais fácil do saber de cuidados intensivos; e as integrações realizadas nos serviços aquando do ingresso na UCI.

“Tive que pedir uns livros emprestados de cuidados intensivos, outros comprei, e foi... fui investigando hemodiálise, ventilação, tudo aquilo que era necessário que eu não tinha grandes conhecimentos. Tinha alguns conhecimentos da escola, mas tive que aprofundar muito mais. (...) E fui perguntando e sabendo por mim própria.” (E8)

“Durante o curso, a preparação que eu tive (...) o que se podia considerar um bocadinho melhor em relação a outras escolas na parte de cuidados intensivos... havia uma cadeira... já não me lembro do nome da cadeira, mas que abordava assuntos mais directamente ligados aos cuidados intensivos, porque de resto depois foi mais pela experiência, pelos colegas, por auto-conhecimento.” (E5)

“Da minha parte já tinha pesquisado algumas coisas e investi bastante naquela altura para conhecer mais de cuidados intensivos, pois a minha primeira função em cuidados intensivos foi lá no Hospital B, é muito mais diferente, mais leve e tal. Deu para ter um primeiro contacto, não desgostei... gostei e tal. Então decidi avançar para uma unidade mais a sério, e vim para aqui.” (E2)

“(...) tive só uma fase de integração, na altura (...) Dentro da unidade. Levei na altura algum tempo de integração, três semanas ou sete. E pronto, depois é um bocado o investimento pessoal. Como na altura, quando isto abriu, já havia pessoas que já tinham alguma experiência de unidade, não havia nenhuma unidade do hospital mas vinham de outras unidades... pronto, foi um pouco um trabalho em conjunto entre todos.” (E3)

Na continuidade da investigação, houve necessidade de perceber como se viam os enfermeiros dentro de uma equipa alargada, não só aos seus colegas de profissão, mas também aos outros profissionais de saúde que, permanentemente ou ocasionalmente, exercem actividades em cuidados intensivos, bem como a inclusão, ou não, do doente e família dentro das interacções sociais de uma UCI.

Da análise das dinâmicas existentes sobressaiu uma perspectiva de entendimento entre os profissionais e colegas havendo maioritariamente um esforço conjunto para atender o utente e sobre ele direccionar todas as atenções, apesar de haverem conflitos e atitudes de resistência a mudanças, consideradas como naturais no contexto revelado. Esta noção é corroborada pelos dados obtidos

no QAE, onde se verifica uma preocupação em manter e promover a dignidade, o bem-estar dos utentes e por acréscimo da família, e para tornar isto uma realidade é necessário um esforço em conjunto por parte dos actores que socializam nas UCI.

Sobre as dinâmicas entre utente e famílias descobriu-se uma relação bipartida entre enfermeiro-utente e enfermeiro-família, onde se afirma que na primeira deve haver um investimento positivo no sentido de proporcionar os meios necessários a uma relação participativa e dinâmica. Sobre a relação enfermeiro-família esta também é relevante, essencialmente nos casos em que a participação do utente é muito limitada, mas por serem elementos que tem uma visão turva devido à proximidade relacional e conseqüente poder de decisão em substituição do utente, tornam-se por vezes indesejáveis quer pela presença quer pelos actos que tomam que podem ir ao desencontro do que os enfermeiros preconizam. Em contrapartida existe em alguns casos a vontade de uma participação mais activa com predisposição para o ensino e conseqüente autonomia para a alta, no sentido de fornecer conhecimentos e saberes que serão úteis quer para o momento do internamento, quer para a fase pós-internamento em UCI.

Numa última análise a enfermagem assume e reafirma a sua posição de agente de ligação entre todos os elementos técnicos do serviço de e para outros técnicos, e para o utente e família, isto devido à sua posição privilegiada de acompanhamento constante das necessidades dos utentes e família, contribuído com os seus conhecimentos técnicos e relacionais, triando as acções a serem desenvolvidas de forma autónoma ou se necessário contactar os responsáveis pela situação clínica dos utentes. Devido a estas atitudes de responsabilidade e coerência para como objectivo de atender ao utente sempre em primeira instância, não se verificaram divisões nítidas nas diferentes ideologias dos entrevistados relativamente aos dados dos questionários, preconizados anteriormente por Forsyth (1980).

“Acho que a gente na equipa funciona todos muito em equipa, e não se verifica como agora o chefe, e o subchefe. Agora caiu em moda que há sempre os chefes de equipa.” (E1)

“(…) todos estamos muito vocacionados para um fim, que é cuidar deles, no fundo, o que não há muito... Mesmo com equipas médicas e fisioterapia, e auxiliares...eu acho que é tudo muito coeso...o trabalho é todo feito em equipa. (...) Claro que há sempre coisas más, nada é perfeito, mas eu penso que sim. Trabalha-se muito em equipa, aqui, entre todos.” (E1)

“(…) acho que aqui a família tem quase uma... uma simbiose com o serviço porque temos um período de visitas extremamente alargado, vai das nove e meia às seis e meia da tarde, e nesse período nós, não havendo mais contra-indicação nenhuma, não havendo nenhum procedimento fora da rotina normal dentro da unidade, deixamos a visita permanecer por curtos períodos mas acaba por permanecer ao longo do dia várias vezes, e portanto nós convivemos muito com a família e com os doentes, estamos ali, fazemos o nosso trabalho, conversamos com a família, conversamos com o doente, acabamos por conseguir estabelecer uma boa relação, e mesmo em termos de ensino para o futuro tentar... na parte da reabilitação que já não passa aqui por nós, não é?” (E7)

“Acho que acabamos por funcionar como um elo de ligação entre essas partes todas, talvez pelo facto de passar mais tempo com o doente, com a família, mais disponíveis. Continuamos a fazer, um bocado, o elo entre doente, família, médico. Penso que funcionamos muito nessa base de elo de ligação, num conjugar de todos os tipos de informação, que é importante para o doente e para a família... e até para nós.” (E3)

Após caracterizar as relações e suas dinâmicas pretendeu-se saber o que poderá influenciar essas mesmas relações e dinâmicas, pela importância prática de intervenção que estas influências podem ter, positiva e negativamente. As alterações aos hábitos instalados podem ser difíceis de mudar, mas podem ser determinantes para melhorar relações que devem ser interdisciplinares para um melhor funcionamento dos serviços. Alguns aspectos focados foram temas que vão desde: a melhor articulação e entendimento entre equipas; o atendimento ao utente e família; e o desempenho dos profissionais de saúde; antecipando que quanto são importantes condições gerais do serviço na sua totalidade, abrangendo as condições físicas e materiais, mas também as de funcionamento e relação. Todos estes factores podem ser otimizados para melhorar o entendimento necessário para formar decisões atempadas, correctas e consensuais, e para isto ocorra é imprescindível a participação de todos os actores envolvidos.

Com esta perspectiva foram evidenciadas as respostas que globalmente abordam alguns factores tais como a: disponibilidade e personalidade, duas componentes algo pessoais que influenciam indirectamente a postura e atendimento profissional; o ambiente de trabalho; a existência de conflitos resolvidos ou não; renitência de mudar para novas funções, actividades ou rotinas; e a própria estrutura organizacional que os serviços/hospital adoptaram são outros aspectos que foram salientados como perturbadores nas relações entre os diversos elementos, mas numa perspectiva de interna do serviço; por fim as questões económicas não só das instituições como da conjuntura nacional foram focadas.

Estes factores isoladamente são responsáveis por alterações ao bom funcionamento dos serviços e dos que lá trabalham pelo que devem ser identificados previamente por responsáveis dos serviços, e conforme os resultados, devem ser abordados e resolvidos de forma a sustentar algumas mudanças no sentido positivo se for de comum acordo a todos os intervenientes nos processos clínicos e consequentemente na decisão. Muitas das atitudes éticas surgem ou são modificadas através destas pequenas variáveis que somadas podem ter uma importância relevante.



“Eu acho que essencialmente ter um tratamento, uma atitude cordial com a família e com o doente (...) não cairmos na... naquele estereótipo do... de tratarmos uma pessoa mais idosa como um coitadinho ou ter a tendência de falar mais alto. (...) tentar controlar isso, educando também, sobretudo auxiliares a tentar ter um comportamento, uma linguagem mais adequada, e [ter]discurso mais assertivo em relação a determinados aspectos quer do tratamento (...) Tentar que seja uma informação objectiva que é dada à família...” (E7)

“(...) eu acho que é essencialmente é a nossa disponibilidade (...) há uns tempos atrás havia uma certa tendência a fugir da família, fugir dos momentos das visitas, por vários receios, sei lá: por estar a ser observado, por sermos questionados... e penso que isso está a melhorar bastante, pois damos mais disponibilidade... É um factor bastante importante que eu me lembre... [em relação] ao doente, aqui na unidade talvez não se note muito isso porque na maior parte das vezes são doentes entubados, doentes sedados, e não há muito essa comunicação, embora, pronto... há sempre algumas, mas talvez não seja tão afectada por uma falta de disponibilidade.” (E3)

“Na altura eu acho que isto não tinha nada bom ambiente. Achava que era o que agora eu disse de “equipa” e que eu acho que isto está muito bom, quando eu vim para cá, não.” (E7)

“(...) situações de conflito dentro das equipas, ou... e quando surgem é capaz de afectar um pouco essa relação porque os elementos estão menos... estão menos... como hei-de dizer... estão menos abertos ao diálogo, fecham-se, isolam-se um pouco mais. São situações pontuais aquelas que acontecem e depois de um modo geral é natural que haja atitudes que... às vezes são conflitos... uns mais estranhos... são muito variáveis.” (E3)

“Muitas vezes também a rotina, que também se estabelece. Muitas vezes isto pode acontecer e já não estamos desportos em envolver um familiar. Da parte dos familiares isto é muito assustador. (...) os cuidados prestados. É muito mais técnico às vezes, e as pessoas não sentem que tem capacidade e até se assustam um bocadinho e ver assim o doente. (...) Tem medo de atrapalhar, de falar e a doente ficar agitada, e às vezes nós não estamos muito atentos a isso, e poder perceber que aquela pessoa está com nervos...” “Eu posso ajudá-la?”, ou... às vezes estamos ali e prontos.” (E8)

“(...) a perceber qual é que será a melhor maneira, e para evitar que... um enfermeiro diz uma coisa, vem o médico diz outra... não. As informações só são dadas a um familiar, em termos de informações mesmo clínicas. O abordar o senhor e estar presente com a família, isso cabe ao enfermeiro sempre, não entrando pela parte das informações clínicas, isso é com qualquer familiar.” (E5)

“Sim, deve-se há economia, não é? Factores economicistas. Em vez de melhorarmos os recursos humanos para aumentar a produtividade, não é? Na minha opinião faz-se ao contrário. Tira-se o pessoal, e depois vê-se o que é que se dá, não é?” (E6)

### **3.3- BIOÉTICA E CASOS VIVIDOS**

Este conteúdo tornou-se um dos mais ricos nestas entrevistas pelas muitas auto-análises realizadas pelos entrevistados e pela partilha de acontecimentos e respectivos dilemas que se tornam umas gotas num mar de situações existentes nas nossas instituições hospitalares. Em alguns casos não houve uma associação directa ao dilema, ou seja, os enfermeiros não encararam como uma situação anormal e só depois de repensar um pouco é que manifestaram algumas ideias susceptíveis de identificar com dilemas bioéticos.

Numa primeira questão era pedido a identificação de dilemas que fossem surgindo ao longo das suas carreiras, e com os quais se tivessem deparado, bem como que dissessem qual a frequência com que ocorreram esses dilemas, não se chegando a um consenso, isto porque muitos dos dilemas não foram narrados como tais (os enfermeiros referiam ou apontavam a obstinação terapêutica, mas o dilema apontado foi outro que não este). Foram identificados alguns dilemas como os: da morte cerebral, da doação de órgãos, prolongamento da vida em contexto de fase terminal, consentimento informado e a religião (no caso de perfusões de sangue em testemunhas de Jeóva). Outros referiram-se a situações pontuais e distantes no tempo relativamente a experiências de pediatria ou casos mais raros como a tentativa de colheita de esperma em utente em morte cerebral para inseminação.

Ficam registadas uma opinião que surgiu após a lembrança do dilema, e que denotam algumas considerações de ordem ética.

“O serviço é muito intensivista, e há situações que... de manutenção da vida... eu acho que há uma coisa que... a gente deve pensar muito na dignidade da morte, numa morte serena, e a gente também é muito difícil perceber quando é que há-de parar, não é? A ciência tem evoluído e tem trazido aspectos positivos para o homem, mas há outros aspectos negativos, não é?, se a gente realmente salva as pessoas, mas com que qualidade é que se salva e será que essa pessoa, se tivesse hipótese de saber que ficava perante aquela situação, se queria ser sujeita a tanta agressão, não é? No aspecto físico das técnicas, em colocação de cateteres, de cirurgias e isso tudo, quer do aspecto psicológico e social, não é? E isso é uma coisa que nestes novos... neste tempo tem que se interrogar. “Mas para que isto?”, “Mas será que é isto?”, alias tenho-me interrogado profissionalmente e pessoalmente, não é? Lá está, uma participação da família que a gente... enfim, já se começou a ter, não é? A gente temos doentes ligados... 9, 10, 15, 16 anos, ao ventilador, alguns sem qualquer

estímulo aparente, não é?, e questiona-se a família, se se devia desligar ou não.” (E6)

Mediante alguns dos casos relatados e de outros vividos, pretendia-se saber como os enfermeiros geriram e viveram esses casos, pedindo também uma análise decorrente de uma ponderação actual, ou seja, após ter passado algum tempo de ter vivido um dilema bioético, como consideram as atitudes e sentimentos na altura sentidos à luz de um distanciamento temporal e físico.

Óbvio que há sempre a limitação emocional e casuística de uma situação vivida, com as condicionantes pontuais das ocorrências, bem como da perspectiva pessoal e profissional da pessoa naquele momento, mas atendendo à diversidade de enfermeiros e às suas características individuais, é consensual que os sentimentos demonstrados são tendencialmente de defesa onde se extraíram: a dúvida de actuação sobre os casos devido à sua complexidade; a necessidade de uma ponderação entre o benefício e o malefício da situação; a angústia mistura-se com o choque sentido ao viver as situações; assim como um sentimento de impotência e revolta se misturam e interligam pela vontade de agir e pela incapacidade ou impossibilidade dessa acção.

Da análise das reflexões sobre as atitudes, sentimentos e acções realizadas na altura das ocorrências dos dilemas bioéticos, não houve muitas dúvidas, e as respostas apontam no sentido de que não se alterariam praticamente em nada do que foi feito, tendo a segurança e a certeza de que as acções e sentimentos que resultaram das vivências foram os correctos mediante a situação. Estas atitudes denotam algumas tendências dos entrevistados em enquadrarem-se nas respectivas ideologias em que foram identificados como o discurso de E2 que se adapta ao carácter de rejeitar regras morais e pretenderem actuar individualmente consoante os casos tal como definido por Forsyth (1980) relativamente à ideologia “Situacionismo”; ou então o afirmado por E5 onde aceitam as regras morais, e neste caso legais, de uma decisão do utente feita por escrito e afirmada pela família, mas com a vontade de criar uma excepção tal e qual preconizado pelo seu enquadramento ideológico.

“Acho que quando as situações acabam por ter um desfecho pelo menos um pouco melhor, quer dizer... acho que me interrogo um pouco nessas... quando a gente pensa que... que não é a atitude correcta que está a tomar, pensamos duas vezes quer dizer...” (E3)

“Provavelmente questiono a equipa, tento perceber as suas razões e aceitar... Trabalho da mesma maneira como se fosse uma situação diferente. Não é uma coisa que diga assim “tenho de funcionar de maneira especial”. Não. Cuidados especiais não tenho. Faz-me alguma... às vezes quase que me ponho um pouco como “não me façam isto a mim” em jeito de protecção, mas... questiono só o porquê, mas tudo bem. É uma decisão da equipa ao qual estamos ao corrente.” (E3)

“Coisas que uma pessoa diz ‘é pá, isto é impossível, ‘é pá, se tivesse ali o seu pai fazia isto?’. Juro. Porque é um choque, passa-se um choque com a nossa forma de fazer as coisas, com o bem-estar do doente, que choca. Neste aspecto não há comparação com aqui. Posso dizer que há uma indiferença em termos ético, é completamente diferente...” (E2)

“(...) e pronto deparamo-nos com este problema de ver um senhor que nós até sabíamos que por ele até estava tudo bem e acabou por falecer porque a família não quis nunca que ele fizesse a transfusão. Mas como ele tinha assinado o tal papel, não havia nada a fazer. Portanto isto são coisas que as vezes nos revoltam um bocadinho.” (E5)

“Até hoje não me arrependi nada de alguma resposta que tenha feito, de coisa... não. Sinceramente... Pelo menos que me lembre agora. Quer dizer... Às vezes podia me ter escapado alguma coisa, mas assim que me tenha ficado na memória, não me lembro assim de alguma coisa que me tenha arrependido.” (E4)

Após saber que casos, de dilema bioético, existiram no percurso profissional e que sentimentos geraram, torna-se interessante saber que estratégias é que os enfermeiros criam ou preconizam para lidar com estes dilemas de uma forma mais segura e amena.

Essas estratégias acabam por ter um papel preponderante nas práticas profissionais e quanto melhores forem, melhor será a decisão e atitudes face a dilemas éticos que surjam. Uma das estratégias parte pela formação e informação específica sobre aspectos bioéticos para fornecer uma melhor preparação em casos práticos como já foi abordado. A existência de profissionais especializados em terapias de grupo é salientado como uma mais valia pretendida ou em alguns casos com êxitos registados, onde o suporte de psicólogos pode atender a algumas lacunas e sentimentos existentes pelos enfermeiros funcionando como apoio quer a nível individual quer a nível do grupo.

Uma outra estratégia referida envolve o distanciamento do profissional aos casos existentes, sendo um mecanismo de defesa encontrado para evitar um envolvimento muito pessoal e directo com as situações, funcionando como antagonista da estratégia seguinte decorrente do peso da experiência profissional e o amadurecimento de uma mentalidade que permite racionalizar e atender de uma forma eficaz as situações que ocorrem em UCI.

“Se houvesse mais cursos que abordassem... mesmo que saíssem um bocadinho fora do contexto da enfermagem, e que abordassem estes temas éticos, eu acho que era bom.” (E1)

“Acho que devido ao que recebemos, aqui, às vezes, acho que devia haver um tipo qualquer de acompanhamento, mas pronto.” (E2)

“(...) acho que era importante haver reuniões, e deveria haver se calhar até apoio de pessoas de fora, de outra área, nomeadamente, se calhar até a presença de um psicólogo ou... assim alguém com quem se pudesse debater determinados temas, em conjunto até, todos juntos. Acho que era importante haver esse tipo de orientação (...) e

discutindo os assuntos sobre estas coisas, conseguiríamos resolver, e acho que isto era extremamente importante e isso não se faz. Tenho muita pena, mas não se faz mesmo.” (E5)

“(…) a condição será encetar o diálogo aberto com as pessoas, quer dizer... não há necessidade... penso eu que, não vejo assim mais nenhuma condição para a gente ser frontal. O diálogo com as pessoas [e] Portanto, levar ao doente e levar a visita, e preparar ao longo do percurso até à sala do que irá encontrar no seu utente.” (E4)

“Eu penso que a gente às vezes ainda cai, quando acontecem situações... ainda ficamos à espera que os temas delicados sejam abordados pelos médicos, e se calhar como a gente passa mais tempo na cabeceira com eles, pensam que são abordados por nós, e depois acabam por ficar algumas coisas esquecidas, mas eu acho que não. Eu acho que se fala muito, mesmo muito. Os médicos têm sempre muita disponibilidade para falar com os familiares, de qualquer assunto, mesmo nas horas das visitas...” (E1)

“São mais estratégias pessoais que cada um adquire ao longo da sua experiência e que traz consigo desde o momento que entra para a enfermagem, em termos de bagagem pessoal, de valores. (...) Há pessoas que são mais sensíveis a determinadas situações que outras. [Eu] não me deixo facilmente sensibilizar com essas situações porque senão não conseguia continuar a fazer aquilo que faço. Pessoalmente tento ver as coisas de uma forma racional, tento perceber que se não há mais nada a fazer...” (E7)

Formal e informalmente a partilha de situações com outros acaba por ser uma estratégia que se interliga, no primeiro caso num diálogo entre profissionais e utente, ou nos grupos de ajuda que existam onde se partilham os casos e são discutidos. No segundo caso a partilha com alguém significativo, não

necessariamente dentro do serviço, permite um momento de reflexão, de ajuda, e até de encontro de soluções para os dilemas que o enfermeiro na altura se debate.

Esta estratégia da partilha demarca-se das restantes estratégias atrás mencionadas porque pretende-se associar as formas de partilha com o posicionamento ético, pesquisado nas ideologias mencionadas no questionário e às entrevistas. Na ideologia “Relativismo” identificada por Forsyth (1980), associa-se um certo grau de individualismo, nas atitudes existentes face às questões bioéticas, o que é visível na pesquisa de opiniões acerca da importância da partilha de situações de dilema bioético com outros, manifestando-se nas nossas atitudes. Os resultados demonstraram um consenso geral sobre o tema da partilha dessas situações, acabando por não haver uma distinção clara entre as diversas ideologias referidas. A opinião geral dos enfermeiros é que a partilha de dilemas bioéticos acaba por ser benéfico para o seu bem-estar, permitindo um momento de análise com alguém de confiança ou cuja experiência seja de considerar, que suportará as decisões tomadas pelo enfermeiro envolvido nas questões éticas. O que conta são as opiniões e experiências que possam surgir dessa partilha e que moldarão as atitudes éticas presentes e futuras, tendo em vista o componente prático de encontrar soluções para os problemas existentes.

“Eu acho que sim, nem que seja para a gente falar um bocadinho daquilo que... que mexe connosco. Nem que seja para outra pessoa, que tenha outro tipo de opinião (...) Para não se perder um bocadinho em grandes divagações. Por exemplo, sei lá. Mexeu comigo, um bocadinho, este senhor. Se calhar sozinho, percebe? Temos que pensar nisto, mas não se pode doar assim os órgãos. Mas se calhar, se a gente falar entre todos, e pensar assim “Não!”, e se alguém me disser “espera lá. Acalma aí as ideias”, também não é bem assim, não é. Todo o mundo choca, mas isto vai fazer bem a umas cinco ou seis pessoas se calhar, que ainda por cima precisam, e acaba por nos fazer chegar outra vez à razão. Pondo também as emoções de lado, e focar para o que é que interessa nesta altura do campeonato.” (E1)



“Partilho-as aqui em determinada relação com colegas, com quem me sinto mais à vontade, e partilho-as em casa também. Acho que até tem umas luzes, quem não está na área, até podem surgir umas ideias diferentes, não é? E porquê. Porque o facto de eu as partilhar... eu quando estou a contá-las quase que já as estou a resolvê-las, a perceber o que eu posso fazer e o que eu não posso fazer. Depois não estou a guardá-las para mim tornam-se muito mais pequenas, não é?, pronto. Se eu guardo para mim “A pensar nisto, e a pensar nisto...” não... tornam-se muito mais pequenas porque são partilhadas. Depois porque a outra pessoa pode ter sempre uma ideia que nós ainda não pensamos.” (E8)

Analisando as questões da existência de normas e regulamentos rígidos ou maleáveis em torno das questões bioéticas, permite-se associar à ideologia “Idealismo” referida no questionário de Forsyth (1980), em que um dos factores é a aplicação de normas existentes e já definidas aos casos que surjam, ou se em contrapartida se observam desvios a essas normas, abrindo excepções às regras. Os resultados obtidos são variáveis correspondendo às observações do autor do questionário embora sobressai a opinião de que a normalização de situações é importante, mas não rígida havendo necessidade de, em alguns casos, abrir excepções às nossas condutas e atitudes, procurando mecanismos igualmente normalizados ou não, pois a percepção do equilíbrio necessário para exercer funções de enfermagem em cuidados intensivos parte pela tranquilidade profissional e pessoal do enfermeiro.

“(...) tento sempre ir de acordo com os que já estão escritos, porque parto do princípio que os que estão escritos já foram... não apareceram do nada, não é? É um bocado de confiança de quem fez aquilo. Não foi por “dá cá aquela palha”. Foram coisas bem estudadas, bem estruturadas. Se vão muito em contra aos meus próprios... eu penso que nunca me confrontei com nenhum assim que fosse.” (E1)

“Do meu ponto de vista, qualquer tipo de critério que exista em nós como definido é importantíssimo porque é isso que nos vai guiar na nossa actuação do dia-a-dia, e se nós não tivéssemos nenhum tipo de critérios, ficamos automáticos. E para mim aceita esses critérios, sei que também são variáveis, mas não deixam de ser importantíssimos. São guias.” (E2)

“[Com um certo caso] ficamos todos muito chocados. E eu própria... e quem tem... na altura na escola tentei saber o que é que eu podia fazer para me recusar a tratar de outro que viesse igual a ele, porque... nem que fosse obrigada. [Outros profissionais] deviam ter a obrigatoriedade de nos dizer, para a gente se poder precaver, porque eu acho que não posso ser obrigada a tratar de uma pessoa daquelas, porque isso vai contra os meus ideais, pronto. E aí então choca. Mas segundo as normas, nós somos obrigadas a tratar de todos, certo? Mas é um dilema que ainda não sei, ainda não sei... Acho que há os objectores de consciência que a gente pode ser, mas também não sei se esses objectores serão... se abarca muita coisa, se abarca pouca...” (E1)

“É assim, nós podemos sempre demonstrar o nosso ponto de vista, e acho que essencialmente é necessário é sabermos argumentar o porque de não estarmos de acordo com determinada situação, de determinada decisão, de determinada norma, e há sempre... temos sempre uma margem de manobra de flexibilidade. Podemos sempre contornar as coisas, mas a decisão não é nem pode ser só tomada por nós, tem de ser tomada por nós essencialmente.” (E7)

### **3.4- EXPERIÊNCIAS DE DECISÃO**

Falar sobre decisão em enfermagem levanta algumas questões determinadas pelo enquadramento da profissão no seu contexto histórico, legal,

funcional e ético, que já foram referidas contextualmente no início deste trabalho. Ao analisar as decisões exercidas pelos enfermeiros, pretende-se perceber qual é a noção que estes têm relativamente as suas funções dentro de uma equipa pluridisciplinar, onde se opõem dilemas bioéticos, cujas situações requerem um atendimento casuístico, com acções únicas e de envolvimento de todos os participantes interessados.

Pelo seguimento das entrevistas, os enfermeiros optaram por manter muitas vezes os casos a que se reportaram anteriormente. Em primeiro lugar pretende-se caracterizar as decisões no sentido em que elas se formaram, porque foram consideradas decisões e encontrar factores que possam facilitar a tomada de decisões nos contextos considerados. Das duas primeiras questões encontram-se mais os aspectos de índole profissional marcados com aspectos pessoais, porque a forma de lidar com uma situação varia não só de caso a caso, mas também de enfermeiro para enfermeiro, razão que levaria a diversas interpretações de uma situação. Sobre os factores que facilitem as decisões existem três grandes grupos de condição eventuais, a saber: a presença de informações correctas e completas que acabam por determinar algumas acções; associando-se aos documentos escritos pelo utente onde estaria descrito as decisões pelo próprio; mas a mais mencionada seria a partilha de decisões/opiniões onde se verifica um refúgio ou protecção pelas decisões tomadas por outros profissionais que acabariam por ter a última palavra, apesar da partilha necessária e pretendida pelos enfermeiros.

“Porque aquilo que mais me custa nesta via é ver sofrer uma pessoa, isso faz-me uma confusão enorme, porque eu nunca sofri, e não gostava que ninguém na minha família sofresse, e custa imenso ver alguém sofrer e não poder fazer nada para acabar com esse sofrimento. Mais ainda quando alguém conseguiria fazer alguma coisa, mas ninguém faz por isso. Isto para mim é o pior dos piores. (...) Mas isto faz-me uma confusão enorme. Acho que isto para mim é uma situação muito cerrada.” (E2)

“Nessa altura, as decisões que tomei era assim, eu tinha que... respeitar a parte... lá está, da bioética que está legislada, o doente assina que não quer, não é? Portanto eu não sou ninguém para passar por cima dessa decisão, embora saiba que ele não a tomou, pronto, por vontade própria. Não posso faze-lo, não é?” (E5)

“Informar porque é que eles estavam presos, tendo em conta que sabiam que essas coisas delicadas, que as pessoas querem se recusar a fazer alguns tipos de tratamento a esse tipo de pessoas. Eu acho que devia de ser obrigatório.” (E1)

“Em termos de esse tipo de coisas só a dar com algum poder de legislação, para alterar isso, e perante isso... ai sim podíamos actuar e algum tipo de problema. Ai podíamos actuar, como num caso de um tipo com febre. Mas aqui era um dilema leve. Podíamos agir numa coisa ou outra, eu acho... Mas os grandes dilemas acabam por ser uma decisão médica. Não sei... a única forma de ultrapassar a lei é tomar uma decisão conjunta. Mas não existe nenhuma legislação que faça isto (...) Oxalá tenhamos umas discussões acerca destes assuntos, para terminar o sofrimento, pois em cuidados intensivos, estes temas são frequentes, e temos pouca oportunidade de abordar o assunto. Acho que devia ser completamente aprovado [Documento escrito pelo utente]” (E2)

“Acho que sim. Acho que... é um pouco aquilo que tinha dito, se houver de facto tomada de decisões um pouco em conjunto, não é? Pronto, sou capaz de considerar que há uma parte médica que provavelmente terá um maior poder de decisão de... mas acho que se for partilhado...e que muitas vezes há situações que lhes pode até passar um pouco ao lado pelo simples facto de nós estarmos mais com o doente, pronto...” (E3)

Relativamente ao papel de consultores e hierarquias que possam ter um papel de emissão de pareceres e decisões, estes são identificados basicamente pelos os chefes directos nos serviços (chefe de enfermagem e directores de serviço), havendo referências às administrações, às comissões de ética existentes nos hospitais e raramente ao CNECV. Em qualquer dos casos os papéis atribuídos a estas figuras e entidades é variável sendo por vezes identificados como decisores últimos a que corresponde a função de decidir em casos de dilemas não resolvidos, mas também lhes cabe ou deveria caber as funções de comunicação e debate dessas decisões ou ideias que auxiliem os profissionais de saúde a lidar com esses dilemas.

Os enfermeiros também argumentam que a decisão devia ser melhor definida, quanto aos decisores, através de uma descentralização ou até centralização dessa função. Ainda houve referência aos aspectos economicistas a que estes decisores se submetem pois em alguns casos foi identificado uma preocupação mais virada para as questões monetárias do que para as necessidades das pessoas.

Por fim fica a ideia de que o recurso específico às comissões de ética são esporádicos atendendo aos poucos casos de grandes dilemas que surgem, e que são maioritariamente convocados pelos superiores com cargo de gestão do serviço com maior preponderância para os directores das unidades, pois os enfermeiros acabam por ter conhecimentos dessas comissões, mas desconhecem por completo quem são os elementos e que género de ajuda lhes pode ser fornecida.

“E mediante os problemas que a gente tem, pode tentar chamar a atenção, tentar resolver ou dar informação, ou tempo de discussão sobre os assuntos, ou... bem poder actualizar mediante as regras, até as que existem na instituição, determinado tipo de situações de linhas de orientação, aquelas que a instituição conhece...” (E6)

“Trabalho aqui há uma série de anos, sei que existe, mas não... nunca... nunca apareceram não... pronto, sei que há um ou outro caso que vão lá parar, é analisado lá, mais tarde sabemos que houve... quais

foram os resultados, mas nunca houve um contacto directo com os profissionais. (...) É assim, eu... lá está, aqui no serviço lembro-me de dois ou três casos que tenham ido lá parar acima. (...) Aquilo que se pode resolver no serviço, mas lá está nunca houve contacto com os profissionais, não os conheço.” (E5)

“[As decisões] existem, não é?, só que as vezes, claro, que são discutidas, como é óbvio, não é? Se não fossem discutidas é que era um bocado de admirar, mas elas existem. E sempre que é visto como uma melhoria no entender de toda a equipa da prestação de cuidados de enfermagem, e da melhoria do doente, e que essa prestação dos cuidados de enfermagem permite uma melhor prestação de cuidados, quer dos auxiliares, quer dos psicólogos, dos dietistas, ou dos médicos, ela é sempre vista com bons olhos, não é?” (E6)

“Acho que as situações são mais complexas dos problemas vistos sob outras perspectivas, e acho que deviam descentralizar as decisões, e serem um pouco mais estudadas. Acho que é a única possibilidade que há. Aliás nós tivemos um caso (...) e acharam por bem não aceitar na unidade. No entanto fazem uma chamada para a direcção do hospital e decidem que o doente tem que entrar... Mas porque? “Tem que entrar e pronto.” Não foi uma decisão médica nossa. Foi uma decisão médica superior que disse que tinha de ser assim. E tem que ser tem... ou seja é um abuso de poder... ou seja a única hipótese que nós temos é descentralizar esse tipo de decisões, e abrir um pouco mais o campo de visão, nesse tipo de decisões.” (E2)

“A gente sente que eles não estão tão despertos para estes problemas éticos, como estão para estes problemas imediatos, os números, e os consumos, e as intervenções. Isto não lhes interessa porque não é palpável... Olha eu estive agora aqui a conversar com o familiar uma hora, e essa hora não é considerada. E se calhar os nossos familiares

poderiam pensar que podíamos ter mais disponibilidade para isso. Tão simples como isso... Quer dizer, estou agora aqui, não é?, e eu penso que em termos de éticos, e em termos... faz-me pensar, faz-me abordar um tema que se calhar eu não pensava à já não sei quanto tempo, mas se o meu superior hierárquico chegar aqui e “Então você o que é que produziu agora? Nada.”, “ Não virou três doentes, não fez isto, não fez aquilo...” (E6)

Em última análise ficam as referências consideradas como factores que podem assistir uma decisão em saúde, e nomeadamente em enfermagem, à luz de conhecimentos científicos e do seu uso, através das práticas baseadas na evidência; e através de critérios normalizados para que a qualidade prestada aos utentes seja a melhor possível, através de acreditação de instituições pela qualidade ou através de objectivos expressos pelas instituições que não são acreditadas, mas pretendem o melhor serviço de qualidade para os seus utentes.

Relativamente ao primeiro auxiliar não houve uma percepção do que seriam estas práticas e o que significam para o exercício da enfermagem, pois apenas um entrevistado se referiu a elas após ter apercebido o que seria. Sobre a qualidade e a sua acreditação, e apesar das entrevistas terem sido feitas em instituições com e sem acreditação, a percepção geral é de que esses critérios apenas servem e são realizados para normalizar aspectos logísticos e de organização do serviço e não para as práticas ou para aspectos tão específicos como a ética a as decisões daí decorrentes. As preocupações sentidas pelos enfermeiros que são manifestadas pelos administradores reduzem-se a aspectos de ordem económica e com a resultante perda de qualidade.

Pelos relatos obtidos, não se pode atribuir uma fronteira bem delimitada entre as ideologias referidas por Forsyth (1980) sobre a utilidade e praticabilidade de ferramentas previamente estabelecidas como apoio à decisão. Existe uma contrariedade latente às regras que são formalizadas por superiores e/ou conhecimentos que não são amplamente generalizados, o que pode mascarar uma opinião neutral sobre estes assuntos. Os absolutistas que segundo Forsyth (1980) relacionam as regras morais com as melhores consequências e como tal seriam

mais permeáveis as atender a determinadas normas estabelecidas, não demonstram uma afinidade com estas ideias referido preocupações de outra ordem, não relacionadas com os cuidados aos utentes, como se observa nos excertos de diálogo de E1 e E8.

“Não. Acho que é uma forma muito rígida de exercer enfermagem, quando nós temos de ter uma abordagem mais flexível. Não há como a vida para lidar com a enfermagem.” (E2)

“(…) eu acho que há muita dedicação da parte de enfermagem, e mesmo da parte médica, e de auxiliares, portanto da equipa toda, aos doentes e acho que tentamos manter o melhor da qualidade, que é bastante bom mesmo comparado com os serviços dos quais tenho conhecimento, e acho que esse nível de qualidade não aumentou, nem diminuiu por causa do King’s Fund, portanto ele não teve grande influência nas nossas acções. Não quer dizer que noutros sítios isso não aconteça, o nosso nível de qualidade não melhorou por causa do King’s Fund.” (E5)

“Sinceramente, não. Sinceramente nesse momento penso que... a minha opinião pessoal é de que estamos a perder muito os padrões de qualidade, e estamos a ver muito uma instituição de saúde... portanto está-se a dirigir muito uma instituição de saúde como uma empresa, porque em primeiro lugar está o aspecto quantitativo, os aspectos económicos e depois vem a qualidade, a suposta qualidade aos cuidados do doente. (...) em termos organizacionais há esse objectivo, que sejam atingidos determinados critérios de qualidade, mas em termos práticos fazem completamente o oposto: cortam pessoal, poupam em variadíssimas questões de material, e portanto nem sempre... nem sempre se percebe muito bem quais são os critérios de atribuição de um fundo de qualidade como o que este hospital tem. Neste momento como as coisas aqui, o panorama... não só daqui mas



dos outros serviços, não é... o principal objectivo não parece que seja a qualidade.” (E7)

“Não, acho que não. Eles estão lá por cima. Acho que eles estão preocupados só com os custos, é. Eles preocupam-se com o que a gente gasta e com o que a gente não gasta, agora com as normas e isso...” (E1)

“Não, não. No dia que eles cá vieram o serviço estava mais arrumado, e é só. Mas não, não houve assim repercussões. [sem repercussões para os cuidados aos utentes].” (E8)

#### **4- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

Para que uma situação seja bem caracterizada, não basta elaborar uma descrição dos factos ocorridos. É conveniente realizar uma análise de acordo com a informação teórica que foi condensada e sintetizada, e relacioná-los com os dados colhidos no campo de estudo. Este trabalho de pesquisa formalizou como objectivo inicial abordar a decisão em casos de dilema bioético num contexto particular de cuidados intensivos, por parte dos enfermeiros que exercem funções nestes serviços, e para isto suceder foi necessário abordar temas relacionados com os cuidados intensivos e aos seus profissionais, bem como aspectos ligados à bioética (incidindo na área da saúde) e teorias da decisão. Apesar de serem temas que por si só podem ser estudados separados, foi face aos problemas levantados que houve necessidade de os interligar, devido à influência que cada um tem mutuamente.

O cuidar em cuidados intensivos não deixa de ser um cuidar particular. As UCI são ambientes característicos onde as situações clínicas dos doentes, na sua maioria das vezes, são graves e com necessidade de um empenhamento constante por parte dos profissionais como comprovam Abreu (2001) e Luís (2000). As vitórias e derrotas alternam frequentemente e desequilibradamente, pois não se trata só da mortalidade em UCI, mas também da qualidade de vida associada aos cuidados prestados. A utilização de cuidados paliativos em situações terminais e complexas auxilia e promove uma concordância geral entre todos os envolvidos, mas a gravidade das situações clínicas implica decisões pontuais, rápidas e com um carácter definitivo, onde por vezes se impõe a presença de autoridades e sumidades para decidir perante os dilemas existentes.

Para um profissional de saúde, exercer nestes serviços supõe uma mentalização e preparação para que as suas funções sejam adequadas aos objectivos e dificuldades impostas pelas características inerentes aos cuidados intensivos, adicionando-se as situações ocasionais que lhes vão requerer um esforço complementar desgastante, particularmente ao nível emocional. É notório

pelos dados colhidos que existe uma busca voluntária pelos cuidados intensivos com o objectivo de obter valorização pessoal e profissional das suas funções, bem como a certeza de obter condições humana e físicas melhores que as de outros serviços, conotados como meios carenciados e de provedores de pouca motivação profissional. Apesar de já não ser tão evidente, as UCI eram consideradas serviços de elite, onde as especificidades técnicas e práticas de acções de enfermagem e médicas são a face visível de uma realidade mais profunda, e não tão mecânica, como essas funções necessárias aos tratamentos dos utentes, mas somente acessórias aos cuidados ao utente.

Para promover os cuidados necessários aos utentes nas UCI, existe um conjunto alargado de profissionais e elementos com funções específicas, nas instituições de saúde, tornando a enfermagem como uma entre outras profissões, sendo a que mais elementos têm na totalidade dos funcionários das instituições hospitalares. Devido a essa numerosa e constante necessidade de interacção com diversas pessoas, como exemplificam Neves e Pacheco (2006:69) ao referir que a “acção dos enfermeiros está assim relacionada com um número infindável de interacções sociais entre os doentes e os enfermeiros, entre os enfermeiros, entre os médicos e os enfermeiros, entre o pessoal auxiliar e os enfermeiros”, foi referido que um dos papéis da enfermagem, com influência posterior na percepção e participação nas decisões, é um papel de centralidade, reconhecido pelos próprios como fundamental, não sendo presunção referir que muito do funcionamento das unidades de saúde se devem a estes profissionais que tem de coordenar e gerir múltiplos factores nas actividades diárias de um serviço.

Esta ligação existente entre todos esses elementos deriva da necessidade de um elemento que possua uma preparação teórica, prática e científica que permita exercer de forma segura os seus cuidados, associados aos aspectos relacionais tão cultivados e fomentados desde os cursos base, e que tem toda a razão de ser numa profissão extremamente relacional, o que permite uma interacção com os utentes e família, pela presença necessária perto deles, e também o estabelecimento de contacto com os outros profissionais de saúde, em que é imprescindível uma correcta e ponderada gestão dos cuidados, tempo, pessoal e material para um bom funcionamento regular e optimizado. Desta forma não é descabida a identificação

feita aos enfermeiros como elos de ligação (à qual acrescento união), entre os profissionais e utentes e entre os próprios enfermeiros nas ligações acima referidas, cabendo para além do papel de cuidador, também o de gestor, formador e advogado.

Perante tantas funções, conclui-se que o peso da responsabilidade é enorme, e nos casos específicos de decisão, onde os dilemas podem existir ao longo de todo o processo de cuidar, onde todos os intervenientes e acções se condensam num ponto singular, as respostas dadas pelos enfermeiros acabam por ser elas também reveladoras desta complexidade. Para uma resolução de um dilema, exigem-se decisões com repercussões definitivas e vitais para terceiros, ponderadas pela complexidade de haver pelo menos duas opções de igual nível de dificuldade de escolha, o que leva a pelo menos haver duas falanges de opiniões e fundamentações fortemente válidas. Os enfermeiros vêm-se assim confrontados com práticas e decisões susceptíveis de os fazer ponderar a legitimidade e até legalidade de certos direitos e deveres a que são sujeitos pela profissão, e pelos direitos e deveres dos outros actores nestes cenários. Estas situações de dilema foram referidas como esporádicas, mas com a percepção de se estarem a tornar cada vez mais frequentes, embora imperceptivelmente, nas unidades de saúde onde se realizaram as pesquisas.

Na avaliação dos dados identificou-se uma partilha de responsabilidades entre enfermeiros e médicos, sobrepondo-se às naturais e existentes divergências entre classes profissionais diferentes, o bem-estar do utente que permite concertar os objectivos funcionais e profissionais destes actores, onde as respostas dadas são direccionadas sempre para a melhor resolução, requerendo-se uma análise ponderada e desejavelmente concertada. No caso dos enfermeiros acaba por haver uma lacuna entre o dever e o poder actuar, pois existe um investimento profissional em lidar com estes casos, numa vontade de querer decidir de uma forma pragmática, simples e objectiva, indo ao encontro das necessidades mais básicas dos utentes, mas muitas vezes limitada pela “interferência” existente da associação entre a enfermagem e outros elementos de uma equipa alargada onde se incluem: o doente e a família, os médicos e os decisores hierárquicos superiores.

Aos primeiros cabe a centralidade das atenções visto ser a razão de todas as acções que se realizam. Como principal interessado também deveria haver uma participação destes nos seus cuidados, tal como é actualmente preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2006b) que define a saúde como “a representação mental que a Pessoa possui e desenvolve sobre a sua condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico, emocional e espiritual, em função de um sistema de conhecimentos, valores, crenças, desejos e intenções, único e exclusivo de cada Pessoa” e aos quais os cuidados de enfermagem “tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e pretende alcançar”. É certo que as condicionantes existentes nos cuidados intensivos não permite a maior das colaborações por parte dos utentes, mas é focado a vontade por parte dos enfermeiros que esta seja tida em conta, assim como a da família em substituição do utente. Esta forma de decidir torna-se complicada pelos interesses envolvidos não serem completamente e frequentemente partilhados, quer pela parcialidade das opções individuais existentes (como em situações religiosas) e conhecimentos das partes envolvidas (onde os conhecimentos técnicos dos enfermeiros colidem com as condições emocionais dos familiares).

Considera-se que as decisões do utente e família são importantes, mas verifica-se que raramente ocorrem: quer por impossibilidade do utente, quer por vontade da família, quer pela deficiência existentes nos serviços de saúde onde se preconiza que “as pessoas participem nas decisões relativas ao seu tratamento, elas necessitam de ter conhecimento sobre as opções relevantes [mas] constata-se que estas raramente prestam informações validadas ou isentas: a maior parte delas parece apostada em fazer com que os doentes condescendam, em vez de procurar ajudá-los a escolher o serviço prestador ou os cuidados certos” (Ministério da Saúde, 2006b:64). Na substituição cabe aos enfermeiros optar pelo melhor caminho a seguir, verificando-se sentimentos de angústia e impotência face a dilemas bioéticos e decisões a eles associados, pelo facto de não haver uma permeabilidade por parte dos utentes e família às informações e saberes de saúde dos profissionais. Apesar dos enfermeiros fazerem o seu papel de formação e ligação com o doente, vêm-se desamparados por pretender agir no sentido de melhorar e levar a bom termo os cuidados e as melhores práticas de cuidados, mas

são contrariados por decisões do próprio utente ou, na incapacidade deste, da família.

Na segunda relação de decisão existente em UCI surgem as que são protagonizadas com os médicos. Estas são bastante frequentes, antagónicas e por vezes problemáticas, mesmo sob o objectivo de promover a melhor solução para o utente, tal como é justificado por Neves e Pacheco (2004:51) “De um desempenho profissional, focado pela quase circunscrição às actividades delegadas pelo médico – focados no diagnóstico e no tratamento das doenças – os enfermeiros tem vindo a responder a novas necessidades em cuidados de saúde através da criação, representação e aplicação de conhecimentos de enfermagem e pela consequente desenvolvimento de novas competências”. Apesar dos caminhos que os profissionais de enfermagem tem vindo a fazer no sentido de uma maior autonomia, no caso das decisões clínicas esta não se assumem inteiramente, dando lugar a um cenário de interdependência e interajuda, o que acaba por não ser negativo, mas a decisão final é sempre estabelecida pelo médico. Nestes casos também surgem sentimentos de impotência face às decisões tomadas e choque (no sentido de não esperarem certo tipo de decisões), pois nem sempre são concertadas com os enfermeiros, mas verifica-se que cada vez mais as opiniões dos enfermeiros são consideradas e entendidas como essenciais para uma melhor compreensão da situação clínica do utente. O facto do enfermeiro ser central nas relações de uma unidade, acaba por ser uma mais valia para as decisões tomadas.

Poderá haver um sentimento de injustiça e frustração de não poder tomar as decisões de forma independente, mas mesmo que esse cenário fosse possível, era de todo necessário continuar com uma dinâmica interdisciplinar que promove sem dúvida as melhores condições para o utente. Um dos factores focados e confirmados por Silva (2004:155) é a existência de um “ambiente favorável para o desenvolvimento das práticas favoráveis” que poderá ser colmatado pela promoção de debates de problemas com a criação de grupos de trabalho quer ao nível de situações clínicas quer de aspectos mais abrangentes do funcionamento dos serviços. Torna-se também fundamental referir alguns conjuntos factoriais referidos por Silva (2004) que coincidem em parte com os observados neste estudos, nomeadamente: a importância do reconhecimento da enfermagem como

não subordinada aos médicos; as oportunidades de uma efectiva participação nas decisões, resultante de informação; e um certo constrangimento existente na relação entre enfermagem e os médicos, mas também com os elementos da administração/direcção.

Relativamente a estes últimos, e abordando a última relação de decisão a que os enfermeiros partilham quotidianamente, surgem conjuntos de pessoas cujas funções estão associadas a uma hierarquia detentora de poder de decisão (como por exemplo os cargos de direcção) e/ou pela participação em comissões éticas, apesar de serem mais sob uma forma consultiva. Em qualquer dos casos estão-lhes associados decisões formais e de recurso extremos, nem sempre considerados adequadas à realidade, justificadas pela distância física e profissional, entre os seus cargos e os casos concretos, valendo aqui a proximidade dos enfermeiros aos utentes que permite uma visão global e pormenorizada de todo o dilema bioético e caminhos adequados a uma decisão. A distância entre os dois actores é tal que existe uma desconfiança sobre as deliberações criadas pelos superiores, argumentando-se que existem possíveis interesses económicos em prejuízo dos cuidados que se devem prestar aos utentes.

A decisão em enfermagem vê-se assim asfíxiada entre diversas outras decisões, onde crescendo-se as circunstâncias nefastas produzidas pelos dilemas bioéticos, influenciam o modo de ser e estar destes profissionais que prestam cuidados directos e especializados aos utentes. A esta interligação entre as relações dos actores e as decisões tomadas, está inerente o tema do poder e a sua presença de um modo formal ou informal na participação dos intervenientes nestes serviços. Estes conceitos foram abordados por Friedberg (1994), em que identifica não só as estruturas de poder e os interesses locais, mas tem em conta que os contextos onde tem lugar as estratégias de poder são construídos pelos actores ai intervenientes. O autor assume a existência de três premissas para um pensamento de análise de participação num contexto de poder entre actores:

- i) Um actor capaz de cálculo e de escolha – onde o interveniente é capaz de desenvolver uma estratégia, sendo por isso portador de uma determinada racionalidade.

- ii) O poder como meio/forma de troca – Trata das relações de poder que pelas relações de troca diferentes comportam um certo nível de negociação.
- iii) O contexto de acção como sistema de acção concreto – diz respeito à existência de um mínimo de ordem e de interdependência que pode haver na desordem das estratégias individuais e colectivas de um dado campo de acção.

No contexto específico dos serviços de saúde as três relações principais referidas enquadram-se nas relações de poder nas interacções humanas. Para Thompson, Melia e Boyd (2004), na ética em enfermagem e as relações estabelecidas pelos poderes entre os vários actores sociais, salienta-se: as relações dentro da vida pessoal e profissional dos enfermeiros (onde existe uma responsabilidade do enfermeiro desenvolver o seu potencial próprio, dentro das suas acções com colegas da classe e respectivos superiores hierárquicos); a partilha de poder na relação doente/enfermeiro (caracterizada por haver uma negociação entre estes dois actores); as relações inter-profissionais (com a respectiva partilha de poder partilhado ou não, entre os diversos profissionais de saúde de um serviço sendo referido a relação entre género e poder, entre conhecimentos e capacidade de decidir); e por fim a relação com estruturas corporativas (que existem para desenvolver o bem-estar dos seus elementos, mas também orientá-los e adapta-los as ideias preconizadas pelos superiores hierárquicos).

Como métodos de adaptação e defesa de apoio à decisão no meio deste conjunto de jogos de poderes, o corpo de enfermagem de cuidados intensivos interioriza um conjunto de estratégias e actividades que os auxilia de forma geral, mas particularmente nas situações de dilemas bioéticos. Essas estratégias internas e externas, fortemente relacionadas com aspectos decorrentes de factores pessoais como por exemplo: a personalidade, história de vida e capacidade de adaptação, acabam por se misturar com as características interiorizadas durante o curso, complementos formativos e experiência profissional, permitindo aos enfermeiros obter uma “arma” para poder continuar a lidar com esses casos específicos, bem como obter auxílio ou ideias para decisões que tenham que tomar ou participar.



Lidar com dilemas bioéticos tem a particularidade de criar ou alterar atitudes nos padrões de actuação de enfermagem, pois as atitudes não são mais do que um conjunto de componentes cognitivos, afectivos e de manifestação de vontade de agir, que irão predispor uma resposta preferencial a uma situação. Se existem obstáculos que não permitem uma concretização dos objectivos que existiam, então é natural a criação e adopção de propósitos que visem ultrapassar as situações provocando o menor dano possível ao enfermeiro enquanto pessoa e profissional.

Individualmente o enfermeiro pode optar *in extremis* pela decisão unilateral a que tem direito e o dever de a utilizar bem, que envolve o afastamento dessas situações, de uma forma pessoal ou profissional. A primeira acaba por ser uma solução frágil pois, mais tarde ou mais cedo, a pressão e a sua estrutura pessoal pode ruir, influenciando a vertente profissional. O facto de haver um afastamento dos casos bioéticos numa tentativa de salvaguardar a sua integridade pode ser uma solução, mas certamente será apenas temporária, pois a frieza requerida para enfrentar dilemas bioéticos pode ser consistente numa fase inicial, mas acaba por abrir brechas nessas muralhas, correndo-se o risco de desmoronar, com as devidas consequência para o profissional e, de uma forma indirecta, para o utente. Em opção existe uma alternativa profissional, através da objecção de consciência ao abster-se de executar determinados comportamentos ou acções, mas de uma forma equilibrada e objectiva. Embora com algumas semelhanças à opção pessoal, esta atitude salvaguarda a posição de um profissional, permitindo após análise das situações, uma solução que permita ao enfermeiro uma postura sólida e integra dos seus cuidados, ficando registado esses actos para que futuramente não sejam repetidos. Este recurso não foi muito referida nos dados obtidos pelos enfermeiros, talvez pelo desconhecimento das suas implicações e aplicações, ou pela não adequação às realidades onde exercem, pois já se conformaram com as decisões e comportamentos que ocorrem na vida profissional.

A objecção de consciência é um direito pessoal, mas também um dever de recusar cumprir uma lei, ordem ou imposição anti-ética de alguém com responsabilidades superiores, requerendo uma fundamentação da pessoa à posição

e opção tomada por uma questão de fidelidade aos seus valores, o que permite individualmente um descanso consciente das suas acções. Esta opção apesar de estar descrita na Constituição da República Portuguesa (art. 41º, nº1), e, particularmente em estatutos de enfermagem, no REDOC – Regulamento de Exercício de Direito à Objecção de Consciência, exige uma forte justificação para ultrapassar possíveis conflitos entre as autoridades e o objector. No contexto da saúde esta posição não é consensual pelo facto de que, inerente à profissão, existem as responsabilidades deontológicas que vinculam moralmente o profissional (Serrão e Nunes, 1998; Domingues, 2001; Neves e Pacheco, 2004; Ordem do Enfermeiros, 2006c).

É mais uma bifurcação problemática, onde por um lado o código deontológico obriga em determinados casos a uma prestação de cuidados, e no outro existem documentos como os referidos e o da Organização Internacional do Trabalho que numa recomendação (nº157, título IV, artigo 18º, Julho 1977), afirma que “os membros do pessoal de enfermagem, deverão poder, sem sofrer qualquer prejuízo por isso, recusar-se a cumprir tarefas que estejam em oposição com as suas convicções religiosas, morais ou éticas, com a condição de informar, desta recusa, em tempo útil, ao seu superior hierárquico a fim de poder assegurar os cuidados minimamente indispensáveis a presta ao cliente”. Cabe ao profissional acima de tudo ter o bom senso de utilizar estes mecanismos de forma a ser coerente consigo próprio e com a profissão que escolheu. A possibilidade de transferência de serviço é uma realidade que tem a vantagem de permitir aos enfermeiros uma salvação, evitando contrariar a sua própria estrutura pessoal.

Na ausência de dilemas internos e da interiorização consciente do que é prestar cuidados intensivos em situações de dilema bioético, surgem factores concretos, práticos e naturais que apoiam as decisões em enfermagem como o caso da experiência profissional. É uma característica necessária para que a pessoa se sinta confiante e segura nas suas decisões, funcionando como suporte para as fundamentar, embora tenha a limitação de apenas serem experiências pessoais e individuais confinadas a casos restritos, perdendo um pouco a capacidade de generalização. Este factor é desigual entre enfermeiros, pela razão óbvia que só após algum tempo, dependente das capacidades de cada profissional, é que servirá

a favor de decisões em cuidados intensivos, mas poderá ser útil se associado a duas outras estratégias como a formação e a partilha.

A procura de informação e conhecimento como formas de obter uma decisão bem fundamentada por parte dos enfermeiros, e é descrita como algo de fundamental para solidificar uma decisão, ultrapassando alguns obstáculos profissionais, pois como refere Neves e Pacheco (2004:99) “Quanto mais qualificado é o técnico de saúde, mais preponderante é o seu papel na equipa, e isto é uma realidade incontornável”. Na decisão, a formação pode alargar o leque de conhecimentos direccionado para situações concretas de dilema, e para respostas até então ignoradas ou esquecidas, como o caso da objecção de consciência, mas em contrapartida permitem aprofundar ainda mais o grau de dilemas de determinados casos. Como exemplo, num doente em fase terminal, sabe-se que a suspensão de algumas técnicas e/ou terapêuticas antecipam a morte dessa pessoa, mas a sua continuação somente promove a continuidade e adiamento de uma situação inevitável por mais algumas horas ou dias. Destas duas opções existem raciocínios válidos que as fundamentam, mas é do entendimento dos enfermeiros que uma decisão deste tipo deverá ser argumentada conscientemente para evitar dúvidas que serão prejudiciais aos profissionais de saúde.

Associada à formação, entende-se que para otimizar uma decisão é importante a existência de informação específica sobre os casos em concreto e sobre casos similares ocorridos anteriormente noutras situações. Isto implica que os enfermeiros não só tomem as suas próprias decisões de iniciar ou continuar a prestarem cuidados ou a delegar para outros essas funções, de acordo com a sua consciência, mas simultaneamente permite uma objectivação acerca desses mesmo cuidados a serem prestados, programando-se acções a médio e longo prazo, evitando-se alterações fúteis e céleres às opções manifestadas por todos os envolvidos nessa situação. Os casos clínicos em saúde, em especial em cuidados intensivos sofrem alterações frequentes e por vezes bruscas, mas em situações de dilema a ponderação realizada, após o contacto com ele, poderá indiciar um seguimento linear das acções a tomar, salvaguardando sempre alguma margem de manobra para possíveis alterações.

Outra estratégia encontrada como útil para a decisão de enfermagem deriva da partilha destes casos, enquanto acto “terapêutico” ou de busca de auxílio. Identificou-se uma necessidade de procura de apoio, por parte dos enfermeiros que se vêm mais envolvidos em certos dilemas bioéticos, e com o objectivo de manter a esperança de encontrar uma solução para esse mesmo dilema, e como tal obter uma decisão ideal, mas também obter consentimentos e paz interior face às decisões e actos que podem ir contra as atitudes e valores pessoais do enfermeiro. A escolha dos elementos que podem ser ouvintes e apoiantes de decisões pode recair em qualquer indivíduo, sendo tendencialmente a pessoas mais chegadas da família ou círculo de amigos, bem como a colegas onde exista uma boa relação, ou ainda ao recurso aos decisores formais, quando essa relação é algo próxima, mas o recurso a especialistas técnicos e religiosos também é idealizado e requerido. Apesar de haver uma amostra tendenciosa para a recolha dos dados, e de haver resultados que indicam um individualismo mais ou menos acentuado consoante as ideologias descritas por Forsyth (1980), não se verifica um distanciamento às partilhas por parte de alguns elementos, sendo consensual a importância deste acto para o bom funcionamento face a dilemas bioéticos.

Existe um aspecto mais prático decorrente da partilha que tem a ver com a preparação dos enfermeiros para as decisões que terão que tomar em casos que ainda não viveram, pois através dessa apresentação de casos e resoluções permite aos enfermeiros menos preparados em cuidados intensivos, obterem algumas bases que lhes permitiram associar em casos similares que ocorram ao longo do seu percurso profissional. A integração de elementos num serviço é um aspecto que deve ser visto como uma oportunidade de preparar os enfermeiros para o embate profissional que é ter que ser estável e ponderado em situações de dilema bioético, ganhando eles próprios, posteriormente, a experiência necessária para lidar com esses casos e transmiti-los a outros.

Auxiliando as decisões informadas pelos conhecimentos, formação e pesquisa, adicionam-se os conhecimentos interiorizados pela experiência, e respectiva partilha dessas informações e sentimentos. A decisão pessoal e profissional será muito mais objectiva e fácil de tomar, podendo-se criar modelos de decisão não formais onde o estabelecimento de prioridades e argumentação

farão a diferença na justificação de cuidados de enfermagem, na relação entre os profissionais e o utente e família. As estratégias e modelos interiores são geridas e moldadas intimamente pelo enfermeiro, pelo conhecimento que possuem de que cada caso é um caso, acabando por haver uma apreensão relativa a tentativas de estereotipar e regulamentar acções.

Articulando com as ideologias criadas por Forsyth (1980), caracterizar a decisão como algo estanque e fixo, foi considerado como desejável, mas impraticável. Apesar da importância referida na obtenção de experiências reais, que permitiriam uma decisão mais fácil, se um dilema similar num futuro profissional surgisse, generalizar o resultado dessas experiências em normas fixas e estandardizadas já seria um passo que não resulta no aspecto prático de resolver os dilemas, tal como Neves e Pacheco (2004:408) referem que a “decisão não se mostra padronizada em nenhum livro, protocolo ou norma simplesmente por cada problema deve ser olhado e analisado segundo as circunstâncias que o particularizam e o tornam único e singular”, embora continue a ser reconhecida a importância da informação e da existência de normas que serviram de guias de orientação e eventual solução.

Esta repulsa a aspectos que facilitem decisões em casos bioéticos torna-se visível ao falar de padrões de qualidade ou práticas baseadas na evidência que, apesar de estarem utilizados e preconizadas, como se verifica pela sua existência no Plano Nacional de Saúde para 2004/2010 (Ministério da Saúde, 2006b), ou nos estatutos de padrões de qualidade em hospitais acreditados ou em vias de o serem, e de servirem de base para algumas das acções realizadas pelos profissionais, tornam-se aspectos conotados negativamente por virem de entidades que não estão directamente ligadas aos cuidados e por aparentarem uma rigidez excessiva. Muitas destas ferramentas estão ao alcance do enfermeiro, mas não o suficiente para este ter o à vontade de as pesquisar e as utilizar, e sem que os detentores e conhecedores destes métodos os partilhem da melhor forma.

O antagonismo existente nas tomadas de decisões relativamente à existência de formalidades versus informalidades denota-se na responsabilidade inerente às decisões que se pode repartir em dois momentos: a responsabilidade legal ou normativa (formalizada por documentos desde pareceres, leis, normas,

protocolos e regulamentos), que implica uma coordenação e normalização de atitudes, actividades, comportamentos de uma forma objectiva e funcional; e a responsabilidade solidária onde se inclui o “eu me obrigo” relativamente a algo que me é exigido pelas funções, mas também pelo meu modo de pensar, agir perante a situação real e única com que o enfermeiro se depara tendo uma acção mais subjectiva e emocional. Em cuidados intensivos existe a mistura destas duas responsabilidades, pois o enfermeiro no papel de “advogado do doente” acaba por se ver confrontado com situações de quase substituição total das decisões do utente, tornando esta função como se de uma missão se tratasse, indo a encontro do estudo de Erlen e Sereika (1997) em que referem que a maioria dos enfermeiros estudados encaram as relações entre eles e os utente/família como necessários para preencher as responsabilidades em enfermagem e promover o bem-estar dos utentes.

O processo de decisão ética é complexo. A própria natureza desse problema “suscita uma ambivalência na escolha da hipótese alternativa que se afigura como a de eleição, ou seja, a decisão justa e certa” (Neves e Pacheco, 2004:407). A decisão ética em enfermagem é entendida como algo que existe e pretende ser a melhor e mais adequada às situações, pois mais do que a visibilidade da formalização de uma decisão, está a promoção e o bem-estar dos utentes onde a “acção ética de enfermagem não é um conteúdo determinado mas a missão que é inerente, que lhe foi confiada e que suscita a necessidade de conteúdos capazes de responder às exigências de um fim último” (Neves e Pacheco, 2004:408).

Ao finalizar este trabalho parece pertinente deixar algumas intervenções e/ou temas de estudo que podem melhorar os aspectos relacionados com o tema da decisão, quer ao nível social das relações entre os actores envolvidos no contexto dos cuidados intensivos, quer organizacional com o estabelecimento de formas de melhoramento de problemas que foram detectados ou pesquisa de outros que possam estar encobertos.

Uma primeira sugestão refere-se ao fomentar a interdisciplinaridade em vez da multidisciplinaridade, pois nesta última cada profissional funciona isoladamente com reduzida partilha de informação, enquanto na primeira existe

uma partilha dinâmica e flexível de estatuto e de autoridade (Serra, 2002). Se houver um meio-termo entre os actores envolvidos na decisão, certamente esta será elaborada mais harmoniosamente. Isto implica mudança de mentalidades, e necessidade de tempo para que elas ocorram, assim como envolvimento de todos os intervenientes, podendo tornar essas relações reais.

Da sugestão anterior sucede a importância de uma diminuição do afastamento entre os decisores hierárquicos e os enfermeiros, permitindo uma melhor e mais frequente comunicação, nomeadamente com as comissões de ética que poderão auxiliar e justificar algumas das dúvidas existentes nesses profissionais que toldam a tomada de decisão, permitindo uma base de apoio sólida para melhorar essa mesma decisão. A realização de acções formais e informais por parte desses actores pode ser útil para que o contacto entre estes se torne mais frequente e produtivo, demonstrando não só interesse como desfaz alguns mitos idealizados parte a parte.

Outro aspecto que decorre de uma mudança de actuação implica a inclusão, sempre que possível, do utente e família nas decisões, através de práticas simples e eficazes de acolhimento desde o momento da recepção, de forma a colher informações relativas à história clínica e pessoal relevante, bem como prover os esclarecimentos necessários, o que permitirá fomentar e melhorar o processo de decisão de todos os envolvidos em situação de dilema bioético. Esta partilha de responsabilidades e informações, é algo que necessita trabalho no sentido de haver mudança de mentalidade, mas com as capacidades adquiridas em contexto de estudos académicos e de partilha de conhecimentos entre colegas (com a realização de trabalhos, estudos e comunicações científicas), poderá haver uma maior permeabilidade a estas alterações.

De um ponto de vista mais prático e útil, segundo algumas referências neste trabalho, decorre da programação de formações direccionadas aos objectivos e necessidades dos enfermeiros e motivá-los à sua participação, quer para obter segurança e fundamentação nas decisões, quer para partilhar com outros profissionais experiências e resultados que poderão ser úteis na resolução de problemas e/ou procura de soluções. Neste campo a formação em serviço tem um papel preponderante na identificação de necessidades e mobilização de meios

humanos e físicos à realização de formações. Como foi verificado pela amostra deste trabalho, poderá ser necessário colmatar as lacunas existentes aos níveis teórico e prático, importantes para os elementos com pouco tempo de serviço e/ou serviço em UCI, no sentido de os fortalecer com meios de actuação e decisão.

Aprofundando um pouco mais, pode-se focar um aspecto transversal a este tema relativo à formação na área bioética em sala de aula. Não se pode exigir que estes assuntos sejam assimilados em contexto escolar, mas é certo que este é um meio de difusão essencial, quer nos cursos de licenciatura base, quer em pós-graduações. Serão sempre as vivências práticas de situações clínicas que transformam um aluno num profissional, e os enfermeiros em profissionais experientes, isto em matéria de práticas e funções, bem como em relação a aspectos considerados mais teóricos e distantes como os dilemas bioéticos. Apesar de serem etapas diferentes, não há uma descontinuidade entre o início de um curso de enfermagem e a vida profissional, pois o curso está muito vocacionado para a prática, e para usufruir desta continuidade entre a experiência escolar e a experiência profissional, realça-se a importância de haver uma interligação forte entre estes dois campos através de parcerias optimizadas e direccionadas para uma partilha de conhecimentos e experiências nestes temas.

Por fim salienta-se o aspecto de haver necessidade de apoio por parte de alguns enfermeiros, extensível a outros agentes de saúde, com a participação de profissionais capazes de criar ambientes de análise entre os enfermeiros envolvidos nestas unidades com estes dilemas bioéticos, não só pela serenidade obtida neste acto, mas também pelo facto de se criarem mecanismos de defesa para lidar com situações repetidas futuramente. Depende da vontade e necessidade dos enfermeiros de cuidados intensivos, o facto de solicitarem aos seus superiores mecanismos que promovam estes espaços de reflexão e crítica, mas deveria haver uma preocupação desses superiores hierárquicos na pesquisa de factores que podem condicionar o melhor exercício profissional dos seus elementos, agindo em conformidade com os resultados.



## 5- BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W.C. (2001). *Identidade, formação e trabalho – Das culturas às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa.
- ARCHER, L.; BISCAIA, J. e OSSWALD, W. (1996). *Bioética*. Lisboa: Verbo.
- ARCHER, L.; BISCAIA, J. e OSSWALD, W.; RENAUD, M. (2001). *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora.
- ARON, A. e ARON, E. (2003). *Statistics for psychology*, 3<sup>rd</sup> edition. EUA, New Jersey: Pearson Education, Inc.
- BALTAR, M.C.D. (1995). *Problemática da tomada de decisão nas chefias operacionais*. Lisboa: Dissertação de Mestrado na Universidade Católica Portuguesa.
- BARDIN, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BARROSO, C. e ABREU, W. (2006). *The moral judgement in Finnish Nursing Students* (in press).
- BEAUCHAMPS, T.L. e CHILDRESS, J.F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, S.A.
- BELL, J. (2002). *Como realizar um projecto de investigação*, 2<sup>a</sup> edição. Lisboa: Gradiva.
- BOGDAN, R.C. e BIKLEN, S.K. (1999). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- BOWLING, A. (1995). The concept of quality of life in relation to health. *Medicina nei Secoli Arte e Scienza* 3 (VII): 633-645.
- BRUNER, L.S. e SUDDARTH, D.S. (2002). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- CARAPINHEIRO, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- CARNEIRO, A.V. (2005). A ciência é um instrumento de apoio à decisão. *Revista Qualidade em Saúde* 12 (Junho): 37-44.

- CASTAÑEDA, A.J. (2006). Como defender a vida diante dos argumentos a favor da eutanásia e o suicídio assistido. *Agência Católica de Imprensa na América Latina*. <http://www.acidigital.com/eutanasia/argumentos.htm> [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]
- CERDEIRA, A.B. (2004). O respeito pelos direitos humanos na perspectiva de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros* 15 (Dezembro), 11-12.
- CHIAVENATO, I. (1998). *Teoria geral da administração*, 5ª edição. São Paulo: McGraw-Hill.
- COHEN, E.L. e CESTA, T.G. (2001). *Nursing case management – From essentials to advanced practice applications*, 3<sup>rd</sup> edition. Missouri: Mosby, Inc.
- COLLIÈRE, M.F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, 2ª edição. Lisboa: Lidel – SEP.
- CNECV (1995a). *Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida (11/CNECV/95)*. Lisboa: CNECV.
- (1995b). *Parecer sobre o critério de morte (10/CNECV/95)*. Lisboa: CNECV.
- (2004). *Elaboration of the Declaration on Universal Norms on Bioethics: Fourth Outline of a Text*. Paris: Division of Ethics of Science and Technology, UNESCO. <http://www.cnecv.gov.pt/CNECV/pt/PareceresDocs/Pareceres/default.htm> [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (2004). *Constituição da República Portuguesa*. Coimbra: Livraria Almedina.
- COSTA, M.A.M. (1998). *Enfermeiros – Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.
- DAULAIRE, N. (1999). Globalization and health. *Development – The society for international development* 42(4): 22-24.
- DEODATO, S. (2004). Perspectiva ética e deontológica. *Ordem dos Enfermeiros* 15 (Dezembro), 26-30.
- (2006). Autonomia e morte. *Ordem dos Enfermeiros* 20 (Janeiro), 6-13.
- DOMINGUES, B. (2001). *Bioética, questões despertadas*. Porto: Paulus.
- ERLEN, J. A. e SEREIKA, S. M. (1997). Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *Journal of Advanced Nursing*, 26: 953-961.

- ESTRELA, A. (1990). *Teoria e prática da observação de classes. Uma estratégia de formação de professores*. Porto: Porto Editora.
- FORSYTH, D.R. (1980). A taxonomy of ethical ideologies. *Journal of Personality and Social Psychology* 39: 175-184.
- (2006). Ethics and moral judgement. EUA, Virginia: Virginia Commonwealth University.  
<http://www.has.vcu.edu/psy/faculty/fors/ethics.html> [Disponível On-Line – 27 de Fevereiro de 2006]
- FORTIN, M-F. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- FERREIRA, J.M.C.; NEVES, J. e CAETANO, A. (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Amadora: McGraw Hill.
- FITZGERALD, L.; FERLIE, E.; WOOD, M. e HAWKINS, C. (2002). Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Human Relations* 55(12): 1429-1449.
- FODDY, W. (1996). *Como perguntar – teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editores.
- FRIEDBERG, E. (1994). *L'analyse stratégique*. Tradução Livre de Carlos Silva, Universidade de Évora (policopiado).
- GEORGES, J-J. e GRYPDONCK, M. (2002). Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. *Nursing Ethics* 9 (2), 155-178.
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- HONORÉ, B. (2002). *A Saúde em projecto*. Loures: Lusociência.
- HOPE (2000). A Qualidade dos cuidados de saúde – Actividades hospitalares. *Relatório do grupo de trabalho em cuidados de qualidade em hospitais*, Bélgica: HOPE.

- INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (2000). A experiência portuguesa na acreditação de hospitais. *Revista Qualidade em Saúde* 0 (Junho): 28-32.
- (2002). Programa nacional de acreditação de hospitais. *Boletim Instituto da Qualidade em Saúde* (Maio), Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde.  
<http://www.iqs.pt> [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]
- JONSEN, A.R.; SIEGLER, M. e WINSDALE, W.J. (1999). *Ética clínica*, 4ª edição. Alfragide: Editora McGraw-Hill.
- JUMA, C. e YEE-CHEONG, L. (2005). Reinventing global health: the role of science, technology and innovation. *Lancet* 365: 1105-1107.
- KUUPPELOMÄKI, M. (2002). The decision-making process when starting terminal care as assessed by nursing staff. *Nursing Ethics* 1 (9): 20-35.
- LEINO-KILPI, H.; SUOMINEN, T.; MÄKELÄ, M.; MCDANIEL, C. e PUUKKA, P. (2002). Organization ethics in Finnish intensive care units: staff perceptions. *Nursing Ethics* 9 (2), 126-136.
- LOPES, M.J. (2001). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Alguns dados e implicações*, 2ª edição. Lisboa: Associação de Enfermeiros Portugueses.
- LUIS, H. (2000). Um estar... um cuidar? *Servir* 48:227-230.
- MARCOS, B. (1999). *Ética e profissionais de saúde*. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- MAROCO, J. (2003). *Análise estatística – Com utilização do SPSS*, 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- MERCADIER, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar – O corpo âmago da interacção prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.
- MERTENS, D.M. (1998). *Research methods in education and psychology – Integrating diversity with quantitative & qualitative approach*. EUA, California: Sage Publications.
- MESSADIÉ, G. (2001). *História geral de Deus – Da antiguidade à época contemporânea*. Mem-Martins: Publicações Europa-América.
- MEZOMO, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde – Princípios básicos*. São Paulo: Manole.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001). *Cuidados intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: DGS – Direcção de Serviços de Planeamento. <http://www.dgsaude.pt> [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]
- (2006a). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Lisboa: DGS. <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf> [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]
- (2006b). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: DGS. [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_338.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_338.html) [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]
- MONTEIRO, I. (1999). Hospital, uma organização de profissionais. *Análise Psicológica* 2 (XVII): 317-325.
- MORENO, A. (2004). *Ética em Tecnologias da Saúde*. Lisboa: Medilivro.
- MOTTA, P. R. (2001). *Desempenho em equipas de saúde – Manual*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- NESSELREADE, J.R. e CATTELL, R.B. (1988). *Handbook of multivariate experimental psychology*, 2<sup>nd</sup> edition. EUA, New York: Plenum Press.
- NEVES, M.C.P. (2002). *Comissões de ética – Das bases teóricas à actividade quotidiana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- NEVES, M.C.P. e PACHECO, S. (2004). *Para um ética de enfermagem – Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- NICKELL, D. e HERZOG, H.A. (2006). Ethical Ideology and Moral Persuasion: Personal Moral Philosophy, Gender, and Judgments of Pro- and Anti-Animal Research Propaganda. *Society & Animals – Journal of Human-Animal Studies*, Vol 4, nº 1. <http://www.psyeta.org/sa/sa4.1/nickell.html> [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]
- NUNES, L. (2004). Ética de enfermagem: Percursos e desafios. *Ordem dos Enfermeiros* 15 (Dezembro), 4-6.
- NUNES, M.M.J.C. (1999). *Qualidade de vida e diabetes – Influência das variáveis psicossociais*. Coimbra: Dissertação de Mestrado do Instituto Superior de Altos Estudos Miguel Torga.
- NUNES, R. (2006). A morte no ciclo vital. *Ordem dos Enfermeiros* 20 (Janeiro), 35-37.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004a). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

[http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/60\\_CompeticenciasEnfCG.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/60_CompeticenciasEnfCG.pdf) [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]

— (2004b). *Código Deontológico do Enfermeiro – Anotações e Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

— (2006a). *Estatísticas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=332> [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]

— (2006b). *A saúde como projecto individual, dinâmico, contínuo e subjectivo!* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=224> [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]

— (2006c). *Regulamento do objector de consciência*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

[http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/RelacionamentoOE/Membros/19\\_Regulamento%20objector%20de%20consciencia-VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/RelacionamentoOE/Membros/19_Regulamento%20objector%20de%20consciencia-VF.pdf) [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]

PACHECO, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal – Perspectiva ética*. Loures – Lusociência.

PEREIRA, A. (2004). *SPSS Guia prático de utilização – Análise de dados para ciências sociais e psicologia*, 5ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.

PEREIRA, O.G. (1999). *Fundamento do comportamento organizacional*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

PESTANA, M.H. e GAGEIRO, J.N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*, 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.

PINTO, C.B. e ABREU, W.C. (2004). Bioética e qualidade de cuidados de saúde: Uma perspectiva antropológica. *Sinais vitais* 54 (Maio): 18-26.

POLE, C. e LAMPARD, R. (2002). *Practical social investigation – Qualitative and quantitative methods in social research*. Reino Unido, Essex: Pearson Education Limited.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. e HUNGLER, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

- QUEIRÓS, A.A. (2001). *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L.V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RIBEIRO, L.F. (1995). *Cuidar, tratar e desenvolvimento sócio-moral em estudantes de enfermagem*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- RICHARDSON, R. (1989). *Pesquisa social: Métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- SALES, B.D. e FOLKMAN, S. (2000). *Ethics in research with human participants*. EUA, Washington: American Psychological Association.
- SCIHSJ (2001). *Manual interno de cuidados intensivos*. Portugal: Gilead Sciences.
- SERRA, A. S. (2002). Interdisciplinaridade, valores e autonomia I parte. *Nursing* 169 (Setembro): 22-25.
- SERRÃO, D. e NUNES, R. (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora.
- SILVA, C. (2004). *O Labirinto da enfermagem – Participação e profissionalismo*. Lisboa: Edições Colibri.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2006). *Localização das UCI em Portugal Dados Globais – 2001*.  
<http://www.spci.org/mapa/> [Disponível On-Line – 27 de Outubro de 2006]
- STONER, J. e FREEMAN, E. (1995). *Administração*, 5ª edição. Rio de Janeiro: Prentice Hall.
- STREUBERT, H.J. e CARPENTER, D.R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem – Avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- SWERINGEN, P.L. e KEEN, J.H. (2001). *Manual de enfermagem de cuidados intensivos – Intervenções de enfermagem independente e interdependente*. Loures: Lusociência.
- THELAN, L.A.; DAVIE, J.K. e URDEN, L.D. (1996). *Enfermagem em cuidados intensivos – Diagnóstico e intervenção*, 2ª edição. Lisboa: Lusodidacta.
- THOMPSON, I.E.; MELIA, K.M. e BOYD, K.M. (2004). *Ética em enfermagem*, 4ª edição. Loures: Lusociência.
- TUCKMAN, B.W. (1992). *Manual de investigação em educação – Como conceber e realizar o processo de investigação em educação*, 4ª edição. Lisboa: Edições Calouste Gulbenkian.

- TYREMAN, S. (2000). Promoting critical thinking in health care: Phronesis and criticality. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3: 117-124.
- VALA, J.; MONTEIRO, M.B.; LIMA, L. e CAETANO, A. (1995). *Psicologia social das organizações – Estudos em empresas portuguesas*. Oeiras: Celta Editora.
- VAZ, I.S. (1996). *Aspectos jurídicos de enfermagem*. Maia: Cerqueira & Bessa, Lda.
- WOODS, M. (2001). Balancing rights and duties in ‘life and death’ decision making involving children: a role for nurses? *Nursing Ethics* 8 (5), 397-408.
- YIN, R.K. (2001). *O estudo de caso – Planejamento e métodos*. São Paulo: Artmed Editora.



**ANEXOS**

**ANEXO I**

**EPQ – *Ethics Position Questionnaire***

### Ethics Position Questionnaire

Items from the EPQ were originally published in Forsyth, D. R. (1980). A taxonomy of ethical ideologies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 175-184. The original response scale used was a 9-point scale, although the version presented here uses only a 5-point scale. Idealism scores are calculated by summing responses from items 1 to 10. Relativism scores are calculated by summing responses from items 11 to 20. As this scale is used for research purposes primarily, normative data are not available.

Please indicate if you agree or disagree with the following items. Each represents a commonly held opinion and there are no right or wrong answers. We are interested in your reaction to such matters of opinion.

Rate your reaction to each statement by writing a number to the left of each statement where:

- 1 = Disagree Strongly
- 2 = Disagree
- 3 = Neutral
- 4 = Agree
- 5 = Agree Strongly

1. People should make certain that their actions never intentionally harm another even to a small degree.

2. Risks to another should never be tolerated, irrespective of how small the risks might be.

3. The existence of potential harm to others is always wrong, irrespective of the benefits to be gained.

4. One should never psychologically or physically harm another person.

5. One should not perform an action which might in any way threaten the dignity and welfare of another individual.

6. If an action could harm an innocent other, then it should not be done.

7. Deciding whether or not to perform an act by balancing the positive consequences of the act against the negative consequences of the act is immoral.

8. The dignity and welfare of the people should be the most important concern in any society.

9. It is never necessary to sacrifice the welfare of others.

10. Moral behaviors are actions that closely match ideals of the most "perfect" action.

11. There are no ethical principles that are so important that they should be a part of any code of ethics.

12. What is ethical varies from one situation and society to another.

13. Moral standards should be seen as being individualistic; what one person considers to be moral may be judged to be immoral by another person.

14. Different types of morality cannot be compared as to "rightness."

15. Questions of what is ethical for everyone can never be resolved since what is moral or immoral is up to the individual.

16. Moral standards are simply personal rules that indicate how a person should behave, and are not to be applied in making judgments of others.

17. Ethical considerations in interpersonal relations are so complex that individuals should be allowed to formulate their own individual codes.

18. Rigidly codifying an ethical position that prevents certain types of actions could stand in the way of better human relations and adjustment.

19. No rule concerning lying can be formulated; whether a lie is permissible or not permissible totally depends upon the situation.

20. Whether a lie is judged to be moral or immoral depends upon the circumstances surrounding the action.

**ANEXO II**

**QAE – Questionário sobre Atitudes Éticas**

**Universidade de Évora e  
Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa**

**II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional  
na Saúde**

**Questionário sobre Atitudes Éticas**

**Elaborado por:**

**Enfº Pedro Batista**

**LISBOA  
Maio 2006**

Caro(a) Colega,

Encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, na Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, em parceria com a Universidade de Évora, estando actualmente a realizar a colheita de dados por forma a elaborar uma dissertação de mestrado cujo tema é “Decisão Intensiva - Caracterização do processo de tomada de decisão em unidades de cuidados intensivos, por parte dos enfermeiros relativamente a aspectos bioéticos”.

Com esta dissertação pretende-se descrever o processo de tomada de decisão, em unidades de cuidados intensivos, sempre que ocorram situações que envolvam aspectos bioéticos, recolhendo as opiniões expressas pelos enfermeiros relativamente ao processo de tomada de decisão, identificando factores intrínsecos a este processo, e sua influência nas práticas profissionais dos enfermeiros.

O método inicial de colheita de dados escolhido foi o questionário, optando-se por um existente e realizado por Donelson Forsyth, cujo principal objectivo foi pesquisar diferentes atitudes éticas existentes segundo o autor. Consoante os resultados obtidos solicita-se a disponibilidade para uma segunda fase correspondente a uma entrevista com o objectivo de aprofundar as opiniões pessoais dos enfermeiros seleccionados.

Peço a sua colaboração neste estudo mediante o preenchimento deste questionário, cujo tempo previsto para tal é de cerca 10 minutos. Os dados recolhidos aqui são absolutamente confidenciais, destinando-se apenas à realização desta dissertação, pelo que peço o preenchimento total do questionário, após o qual agradeço que este seja colocado no envelope onde se encontrava e posteriormente fechado.

MUITO OBRIGADO,  
Pedro Miguel Henriques Batista

## **PREENCHIMENTO**

O questionário divide-se em três secções, em que a primeira corresponde à identificação e descrição sócio-profissional do respondente; uma segunda secção correspondente a 10 itens, referentes ao tema “Idealismo” inserido no contexto do questionário; e uma terceira secção, igualmente com 10 itens, desta feita referentes ao tema “Relativismo”.

Pretende-se que na primeira parte preencha os espaços em branco ou opções com o que corresponde à sua realidade, e nas duas secções seguintes, pretende-se que indique se concorda ou discorda com as afirmações expostas, com o intuito de conhecer a sua opinião. Cada afirmação representa uma opinião, não havendo respostas certas ou erradas.

Atribua um valor correspondente à sua opinião relativamente a cada uma das afirmações, escrevendo um número na caixa à direita de cada uma delas, onde:

- 1= Discordo Totalmente
- 2= Discordo
- 3= Neutro
- 4= Concordo
- 5= Concordo Totalmente



## SECCÃO 1

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Sexo:** Masculino

Feminino

**Anos de Exercício Profissional:** \_\_\_\_\_ anos

**Anos de Actividade em Unidades de Cuidados Intensivos:** \_\_\_\_\_ anos

**Categoria Profissional:**

Enfermeiro

Enfermeiro graduado

Enfermeiro especialista

**Habilitações Literárias:**

Bacharelato em enfermagem

Licenciatura em enfermagem

Outro (especifique qual): \_\_\_\_\_

## **SECCÃO 2**

1. As pessoas devem assegurar que as suas acções nunca causem intencionalmente danos a outra, mesmo que eles se manifestem em grau reduzido.	
2. Colocar o outro em risco não deve ser tolerado em circunstância alguma, independentemente desse risco ser pequeno.	
3. A existência de potenciais danos a outra pessoa é sempre um acto errado, independentemente dos benefícios que daí advenham.	
4. Nunca se deve causar danos psicológicos ou físicos a outro.	
5. Nunca se deve praticar uma acção que poderá ameaçar de alguma forma a dignidade e bem-estar de outro indivíduo.	
6. Se uma acção puder causar danos a um inocente, então não deverá ser realizada.	
7. Decidir a execução ou não de um acto através da ponderação das suas consequências positivas e negativas, é imoral.	
8. A dignidade e o bem-estar das pessoas devem ser as preocupações mais importantes em qualquer sociedade.	
9. Nunca é necessário sacrificar o bem-estar de outros.	
10. Os comportamentos morais são as acções que mais se aproximam dos ideais da acção mais “perfeita”.	

Classificação:      1= Discordo Totalmente  
                             2= Discordo  
                             3= Neutro  
                             4= Concordo  
                             5= Concordo Totalmente

### **SECCÃO 3**

11. Não existem princípios éticos que sejam tão importantes que devam fazer parte de um código de ética.	
12. O que é ético varia de acordo com a situação e a sociedade em que se insere.	
13. Os padrões morais podem ser vistos como factos individuais, o que quer dizer que, o que uma pessoa considera um acto moral poderá ser julgado como imoral por outra.	
14. Os diferentes tipos de moralidade não podem ser comparados a respeito da sua “rectidão”.	
15. As questões acerca do que é a ética nunca serão resolvidas, uma vez que a atitude moral depende exclusivamente do indivíduo.	
16. Padrões morais são simplesmente regras pessoais que indicam como uma pessoa se deve comportar, e não devem ser aplicadas para efectuar julgamentos acerca de outros.	
17. As considerações éticas nas relações interpessoais são tão complexas que deveria ser permitido aos indivíduos formularem as suas próprias regras.	
18. A classificação rígida da posição ética, que impeça certos tipos de acções, poderá constituir um obstáculo a um melhor ajustamento das relações humanas.	
19. Não pode ser formulada nenhuma regra referente a mentir; se a mentira é admissível ou não, só depende da situação.	
20. O julgamento da moralidade ou imoralidade da mentira depende das circunstâncias que envolvem a acção.	

Classificação:            1= Discordo Totalmente  
                                  2= Discordo  
                                  3= Neutro  
                                  4= Concordo  
                                  5= Concordo Totalmente

**ANEXO III**  
**Guião de entrevista**

### GUIÃO DA ENTREVISTA

<b>Blocos</b>	<b>Objectivos</b>	<b>Temas/Perguntas</b>
<u>Bloco I</u> <u>Apresentação</u>	- Apresentação do investigador e do seu trabalho, onde se incluem diversas informações acerca da condução e decorrer da entrevista	- Objectivos do trabalho - Garantia de anonimato - Solicitar a autorização para a divulgação dos resultados - Preenchimento da declaração de consentimento informado
<u>Bloco II</u> <u>Identificação</u>	- Caracterizar os enfermeiros questionados	- Habilitações literárias - Categoria profissional - Anos de profissão - Anos de actividade em Unidade de Cuidados Intensivos - Anos de actividade na Unidade de Cuidados Intensivos
<u>Bloco III</u> <u>Cuidados Intensivos</u>	- Conhecer o enquadramento profissional do enfermeiro no seu actual local de trabalho - Recolher informações sobre as dinâmicas funcionais e inter-pessoais existentes, nas unidades de cuidados intensivos onde os enfermeiros exercem	- Qual a razão principal que levou a optar por exercer funções num serviço de cuidados intensivos? - Que preparação possuía para lidar num serviço desta especificidade, em todas as suas vertentes? - Que opinião tem sobre a sua colaboração no âmbito da equipa multidisciplinar onde está inserido?

	<p>funções</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar o processo de aquisição de conhecimentos e atitudes, por parte dos profissionais, em ambiente de cuidados intensivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendo como referência as relações da equipa multidisciplinar, que factores identifica que influenciem essas relações?</li> </ul>
<p><u>Bloco IV</u></p> <p><u>Bioética</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizar a preparação existente nos enfermeiros que trabalham em cuidados intensivos e lidam com situações de dilema bioético</li> <li>- Identificar esferas de influência nas posturas e atitudes profissionais decorrentes de dilemas bioéticos</li> <li>- Diferenciar aspectos específicos recorrentes das quatro ideologias referidas na dissertação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem-se confrontado com situações consideradas de dilema bioético? Que situações? Qual a sua frequência?</li> <li>- Como lidou com essas situações? Passado algum tempo, considera as suas respostas adequadas às situações vividas? Porquê?</li> <li>- Que estratégias e condições podem ajudar um profissional de saúde a lidar com dilemas bioéticos?</li> <li>- Até que ponto a vivência de dilemas bioéticos deve ser partilhada? Porquê?</li> <li>- Que importância atribui às normas e padrões, quer escritos, quer pessoais existentes no domínio da bioética? Porquê?</li> </ul>
<p><u>Bloco V</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os processos de tomada de decisão em ambiente de cuidados intensivos e seus pontos fortes e fracos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pense numa situação vivida que tenha representado para si um dilema bioético:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porque se sentiu confrontado com um dilema?</li> <li>- Que decisão tomou?</li> </ul> </li> </ul>

<p><u>Decisão</u></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar factores que influenciem as decisões tomadas em cuidados intensivos</li><li>- Identificar a influência que as ideologias expressas pelos profissionais têm no processo de tomada de decisão em cuidados intensivos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Que factores podem facilitar a decisão, nestas situações?</li><li>- Até que ponto as hierarquias do poder podem auxiliar na forma como os profissionais de saúde lidam com os problemas bioéticos?</li></ul>
-----------------------	--	--

**ANEXO IV**

**Transcrição das entrevistas**



ENTREVISTA 1

<b>Entrevista nº 1</b>	<b>Local: HSEX [8-8-06/21h]</b>	<b>Página: 1/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 1</b> – Sou a enfermeira X, trabalho na UCIM do Hospital S. Francisco Xavier.		UCI – Unidade de Cuidados Intensivos Médicos
<b>Investigador</b> – As suas habilitações literárias...		
<b>Entrevistado 1</b> – Tenho o curso de complemento de formação.		
<b>Investigador</b> – Qual a sua categoria profissional?		
<b>Entrevistado 1</b> – Sou enfermeira graduada.		
<b>Investigador</b> – Quantos anos de profissão é que tem?		
<b>Entrevistado 1</b> – Tenho... deixe me cá pensar... 15, 15, sim.		
<b>Investigador</b> – E em cuidados intensivos?		
<b>Entrevistado 1</b> – Em cuidados intensivos, nestes são 7.		
<b>Investigador</b> – Neste serviço...		
<b>Entrevistado 1</b> – Neste serviço 7, inclui outros cuidados intensivos?...		
<b>Investigador</b> – Sim, sim, no geral.		
<b>Entrevistado 1</b> – No geral...9, 9 anos em cuidados intensivos.		
<b>Investigador</b> – Passando agora para um primeiro bloco de perguntas, qual é que foi a principal razão que a levou a optar por exercer funções num serviço de cuidados intensivos?		
<b>Entrevistado 1</b> – Não foi nenhuma razão pessoal, foi mesmo a falta de pessoal que este serviço tinha na altura que eu pedi transferência para este hospital, não foi nenhum requisito meu.		
<b>Investigador</b> – Na altura em que veio para aqui...		
<b>Entrevistado 1</b> – Exactamente. Tinha pedido transferência do Hospital A por motivos pessoais para este hospital porque era mais perto da minha casa e a disponibilidade que eles tinham era este...porque na altura era com horas de amamentação. Estava com a minha filha e precisava de ficar mais perto, e os serviços que eles achavam que na altura podiam dar... assim... à vontade as horas de amamentação, este era um deles.		
<b>Investigador</b> – Mas teve outros anos em cuidados intensivos...		
<b>Entrevistado 1</b> – Tive dois anos, mas foi no Hospital B, já há alguns anos atrás.		
<b>Investigador</b> – E a razão para que foi para aí foi...		
<b>Entrevistado 1</b> – Foi duplo emprego.		
<b>Investigador</b> – Nunca teve uma atenção especial para cuidados intensivos?		

<b>Entrevista nº 1</b>	<b>Local: HSFx [8-8-06/21h]</b>	<b>Página: 2/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 1</b> – Eu penso que não. Pelo menos que eu me tivesse apercebido disso, não. Foi os queimados... a unidade de queimados. Na altura achava que era um sítio que gostava de experimentar, porque já me tinham falado bem... e este foi só mesmo casual.		
<b>Investigador</b> – E agora que cá está, acha gosta desta área? Existem pontos positivos e negativos que queira partilhar?		
<b>Entrevistado 1</b> – Tem. Tem. Acho que tem muitos pontos positivos. Já na altura em que eu trabalhei nos outros anos em cuidados intensivos, eu trabalhava em acumulação numa medicina e achava que, realmente, os cuidados intensivos têm muitos pontos positivos em relação a serviços de internamento. Em relação a tudo, em relação a material, em relação há... ao interesse que as pessoas têm em ter pessoal suficiente, em não faltar pessoal... como nas medicinas falta paciência... não ligam muito, e daí depois a nossa qualidade de cuidados acaba por ser complicada...		B2/C1
<b>Investigador</b> – E relativamente à tipologia de doentes... quando veio para cá foi por... quase por obrigação... não teve nenhuma preparação nem se preparou para lidar com este tipo de especificidade de cuidados intensivos?		
<b>Entrevistado 1</b> – Não, não. Antes de vir para cá, não. Não. Fui um bocadinho mandada para aqui. Se bem que eu sempre gostei da área de medicina, nunca cirurgia. Portanto, mesmo que eu tivesse opção da unidade cirúrgica optava sempre pela medicina, porque sempre gostei mais da área da medicina... não sei porque razão [Risos], mas sempre gostei mais da área da medicina.		
<b>Investigador</b> – Hum... relativamente à sua colaboração no meio da equipa multidisciplinar, qual é a sua opinião da sua colaboração com os restantes elementos dessa equipa?		
<b>Entrevistado 1</b> – A minha colaboração? Como?		
<b>Investigador</b> – Gostava de saber a sua opinião. Se é um papel activo, passivo, de colaboração ou não? Como é que se enquadra...		
<b>Entrevistado 1</b> – Ah! Eu acho que sou papel activo [Risos], julgo eu, mas os outros dirão melhor que eu...		
<b>Investigador</b> – Podia especificar um bocadinho melhor?		
<b>Entrevistado 1</b> – Acho que a gente na equipa funciona todos muito em equipa, e não se verifica como agora o chefe, e o subchefe. Agora caiu em moda que há sempre os chefes de equipa.		B4/C1

<b>Entrevista nº 1</b>	<b>Local: HSEFX [8-8-06/21h]</b>	<b>Página: 3/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – E relativamente aos elementos das outras...		
<b>Entrevistado 1</b> – Equipas?		
<b>Investigador</b> – ...das outras classes.		
<b>Entrevistado 1</b> – das outras classes? Aqui no serviço?		
<b>Investigador</b> – Sim.		
<b>Entrevistado 1</b> – Eu penso que também não se verifica. Eu penso que todos... todos estamos muito vocacionados para um fim, que é cuidar deles, no fundo, o que não há muito... Mesmo com equipas médicas e fisioterapia, e auxiliares...eu acho que é tudo muito coeso...o trabalho é todo feito em equipa.		B4/C2
<b>Investigador</b> – Há uma colaboração entre todos?		
<b>Entrevistado 1</b> – Claro que há sempre coisas más, nada é perfeito, mas eu penso que sim. Trabalha-se muito em equipa, aqui, entre todos.		B4/C2
<b>Investigador</b> – Tendo em conta essa referência dessas relações que me disse, de fazer parte de uma equipa, da colaboração que me disse, há alguns factores que considere que influenciem as relações existentes entre vocês, alguma coisa que facilite ou não, quer as relações quer a colaboração?		
<b>Entrevistado 1</b> – Eu não sei... não consigo assim saber porquê... Eu acho que acaba por ser, que vem de novo já se começa a integrar pelo ambiente que já está inserido. Eu penso que é um bocado isso, não é? Mesmo com a equipa médica a gente nunca teve grandes problemas... que às vezes há aquelas chatices, e chocam-se uns com os outros, mesmo quem vem de fora que já vem com alguma fama, que a gente sabe, de ser assim de nariz empinado [gesticula de forma a dar a entender ser esquisito, altivo], quando chega cá e verifica que não se trabalha assim. Mesmo em relação... eu e os meus próprios colegas acabo por fazer um bocadinho... e estar fora do contexto e acaba por se adaptar ao resto das outras pessoas, penso que é capaz de ser isso. Sim. As pessoas adaptam-se.		B5/C3
<b>Investigador</b> – No seu caso, pensa que adaptou-se bem, apesar de tudo?		
<b>Entrevistado 1</b> – Não!		
<b>Investigador</b> – Já temos aqui qualquer coisa...		
<b>Entrevistado 1</b> – Já. Qualquer coisinha. Não, na altura não.		
<b>Investigador</b> – Foi difícil?		

<b>Entrevista nº 1</b>	<b>Local: HSEFX [8-8-06/21h]</b>	<b>Página: 4/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 1</b> – Foi.		
<b>Investigador</b> – Consegue identificar algum pormenor, algum factor...		
<b>Entrevistado 1</b> – Consigo, consigo. Na altura eu acho que isto não tinha nada bom ambiente. Achava que era o que agora eu disse de “equipa” e que eu acho que isto está muito bom, quando eu vim para cá, não.		B5/C3
<b>Investigador</b> – Logo ao principio?		
<b>Entrevistado 1</b> – Logo. Foi um choque muito grande.		
<b>Investigador</b> – E houve algum factor que estivesse na mudança desse ambiente?		
<b>Entrevistado 1</b> – Foi, foi. Foi a mudança das pessoas. A mudança das pessoas.		
<b>Investigador</b> – Da equipa de enfermagem? Da equipa global?		
<b>Entrevistado 1</b> – Da equipa de enfermagem, mais...		
<b>Investigador</b> – Houve uma altura em que houve uma mudança brusca de pessoal?		
<b>Entrevistado 1</b> – Exactamente, houve uma mudança de chefia, e acho que tem muita a ver também com a mudança da chefia. A chefia é que nos transmite... sei lá, muitas coisas boas ou más e na altura achava que ela transmitia muitas coisas más. Muita ditadura, muito rigor e as pessoas andavam muito stressadas, sempre a trabalhar muito com medo... e depois entretanto quando houve a mudança de chefia houve mudança de outros elementos, mais velhos, e vieram outros com mentalidade mais livre.		
<b>Investigador</b> – Agora com mais liberdade de actuação perante a chefia.		
<b>Entrevistado 1</b> – Também. Também.		
<b>Investigador</b> – Agora voltamos a outra área. Gostava de saber se se tem confrontado com situações considerados de dilema bioético, e já agora se sim, que situações e qual a sua frequência.		
<b>Entrevistado 1</b> – Não são muito frequentes, mas às vezes aparecem. Agora recentemente que me lembre agora, duas...posso...?		C1/C2
<b>Investigador</b> – Pode, pode.		
<b>Entrevistado 1</b> – Uma era um senhor que já estava em morte cerebral, e que a namorada queria fazer uma colheita de esperma para fazer inseminação e ter um filho dele.		C1/C11

<b>Entrevista nº 1</b>	<b>Local: HSEFX [8-8-06/21h]</b>	<b>Página: 5/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p>Na altura não ficou nada decidido porque ficou... foi comunicado à comissão de ética do hospital e ela é que estava a estudar o caso para saber... o doente não podia dar a permissão, não é? Não podia dizer nada. E entretanto o doente faleceu e as coisas ficaram por ai. Se ele não falecesse não sei, também como é que as coisas evoluiriam. Mas estavam todos assim... um bocadinho sem saber o que pensar, o que seria dessa situação. Acho que o pensamento geral era entender um bocadinho a parte dela, a emoção, o querer perpetuar um bocadinho a relação dele, mas no fundo ele nem podia autorizar, nem negar, e esta situação infelizmente resolveu-se com a morte dele.</p> <p>A outra, foi outra situação que aconteceu com a doação de órgãos, que o marido da senhora não queria que os órgãos fossem doados, mas como legalmente não está nada no lado dele, foi à mesma doado, sem...sem... Não é preciso autorização, mas sem o seu consentimento, e isso eu acho que... pronto [risos] Não sei se será muito ético... é legal mas...</p>		<p>C1/C11</p> <p>C1/C12</p>
<b>Investigador</b> – Isso é o problema dos dilemas...		
<b>Entrevistado 1</b> – Pois. Vai fazer bem a outras pessoas, mas o senhor ficou muito chocado...prontos... foi muito recente após a mulher ter falecido.		
<b>Investigador</b> – E como é que lidou com essas situações?		
<b>Entrevistado 1</b> – Eu... eu, principalmente da segunda, da doação dos órgãos, fiquei assim, um bocadinho, sem saber o que pensar. Sempre fui apologista da doação, acho que deve ser feita, e concordei muito com a nova lei, não é? Em que todos somos potenciais dadores, porque é preciso, mas depois deparei-me com um senhor, assim, muito chocado, com a [situação da] mulher, e fez-me pensar que se calhar devemos respeitar a opinião dos outros mesmo que seja diferente da nossa... [pausa] mas pronto fiquei um bocadinho... é aquela história em que ficamos sem saber em que pensar... [pausa] mas continuo a achar que a lei está bem assim como está... ainda faz mais bem do que menos, penso eu. Ainda continua a ser essa a minha opinião.		C2/C11
<b>Investigador</b> – Na sua opinião, que estratégias e condições podem ajudar os profissionais de saúde, e neste caso os enfermeiros, a lidar com estes dilemas, estes ou outros que possam aparecer o que conheça teoricamente?		

<b>Entrevista nº 1</b>	<b>Local: HSFX [8-8-06/21h]</b>	<b>Página: 6/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 1</b> – Sei lá. Eu penso, se calhar, que se houvesse assim... cursos de formação que a gente já estamos tão cansados, penso eu, de falar de úlceras, de falar de maneiras de algaliar, não é? Maneiras de entubar. Se houvesse mais cursos que abordassem... mesmo que saíssem um bocadinho fora do contexto da enfermagem, e que abordassem estes temas éticos, eu acho que era bom.		C3/C1
<b>Investigador</b> – Através da formação?		
<b>Entrevistado 1</b> – Exacto, através da formação. Exactamente. Porque... como fiz o complemento de formação à relativamente pouco tempo, onde estava incluído a disciplina de bioética, e apesar de não se falar nada que tivesse assim de concreto que se passa em enfermagem, acho que foi uma disciplina que nos despertou para coisas muito interessantes, muito mesmo. Foi uma disciplina que me agradou muito.		C3/C1
<b>Investigador</b> – Ao nível da escola sentiu-se apoiada?		
<b>Entrevistado 1</b> – Sim, sim. Exactamente. Foi daquelas formações que nos valorizava bastante. Só pessoalmente, não iríamos ter nem cargos, nem... prontos...nada, mas eu achei... eu gostei.		
<b>Investigador</b> – Considera só a formação ou mais algum factor...		
<b>Entrevistado 1</b> – Sei lá. Assim de repente, que me lembre.		
<b>Investigador</b> – E na sua opinião, até que ponto essa vivências, desses dilemas, devem partilhados?		
<b>Entrevistado 1</b> – Entre todos?		
<b>Investigador</b> – Entre todos. Entre a equipa.		
<b>Entrevistado 1</b> – Sei lá. Eu acho que sim, nem que seja para a gente falar um bocadinho daquilo que... que mexe connosco. Nem que seja para outra pessoa, que tenha outro tipo de opinião... Para a gente relatar um bocadinho... Para não se perder um bocadinho em grandes divagações. Por exemplo, sei lá. Mexeu comigo, um bocadinho, este senhor. Se calhar sozinho, percebe? Temos que pensar nisto, mas não se pode doar assim os órgãos. Mas se calhar, se a gente falar entre todos, e pensar assim “Não!”, e se alguém me disser “espera lá. Acalma aí as ideias”, também não é bem assim, não é.		C4/C2

<b>Entrevista nº 1</b>		<b>Local: HSEFX [8-8-06/21h]</b>	<b>Página: 7/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<p>Todo o mundo choca, mas isto vai fazer bem a umas cinco ou seis pessoas se calhar, que ainda por cima precisam, e acaba por nos fazer chegar outra vez à razão. Pondo também as emoções de lado, e focar para o que é que interessa nesta altura do campeonato.</p>		C4/C2	
<p><b>Investigador</b> – E essa partilha ao nível de equipa, inclui, neste caso não é o quarto elemento, mas a família, que neste caso está envolvida.</p>			
<p><b>Entrevistado 1</b> – Eu acho que isso era muito bom. Eu penso que sim.</p>			
<p><b>Investigador</b> – Acha isso importante?</p>			
<p><b>Entrevistado 1</b> – Eu achava. Eu acho que eles percebiam muito melhor, a aceitavam muito melhor a doação, se tivesse doente, porque acho que também foi uma das coisa que falhou aqui neste senhor, foi a falta de disponibilidade, porque também ele não se mostrou... depois fugia... mas eu penso que sim. Se se falasse com a família, se eles estivessem incluídos nestas divulgações, para tentarem fazer eles perceberem o bem que pode fazer a outros, ou a eles próprios se tivessem família que beneficiassem, eu acho que é um bom motivo.</p>		C4/C1	
<p><b>Investigador</b> – A inclusão da família e do doente, quando é permitido, quando ele está consciente, a inclusão desses dois elementos na grande equipa dos cuidados intensivos, é incluída aqui, ou não acha... acha que há um distanciamento entre profissionais e utente/família?</p>			
<p><b>Entrevistado 1</b> – Não, não há... eu penso que não. Eu penso que a gente às vezes ainda cai, quando acontecem situações... ainda ficamos à espera que os temas delicados sejam abordados pelos médicos, e se calhar como a gente passa mais tempo na cabeceira com eles, pensam que são abordados por nós, e depois acabam por ficar algumas coisas esquecidas, mas eu acho que não. Eu acho que se fala muito, mesmo muito. Os médicos têm sempre muita disponibilidade para falar com os familiares, de qualquer assunto, mesmo nas horas das visitas...</p>		C3/C4	



Entrevista nº 1	Local: HSEFX [8-8-06/21h]	Página: 8/12
Transcrição		Observações
<p><b>Investigador</b> – Relativamente e ainda sobre estas questões bioéticas, qual a importância que atribui a normas e padrões que existam, quer normas e padrões escritos, quer a nível pessoal, normas que existam a nível pessoal no domínio da ética. Qual a importância às normas e aos padrões existentes, quer sejam escritos ou pessoais para lidar com os dilemas éticos?</p>		
<p><b>Entrevistado 1</b> – Ui, sei lá. Essa agora deixou-me sem saber o que responder. Essa não sei. Sei lá... Mesmo os nossos padrões pessoais e os nossos... sei lá essa é difícil.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Quando se vê confrontada com um dilema, qual é a importância que atribui à existência de normas e padrões já escritos e estabelecidos, relativamente às suas normas e aos seus padrões, quer estejam em acordo, quer estejam em desacordo. Que importância atribui a uns e a outros.</p>		
<p><b>Entrevistado 1</b> – Não... tento sempre ir de acordo com os que já estão escritos, porque parto do princípio que os que estão escritos já foram... não apareceram do nada, não é? É um bocado de confiança de quem fez aquilo. Não foi por “dá cá aquela palha”. Foram coisas bem estudadas, bem estruturadas. Se vão muito em contra aos meus próprios... eu penso que nunca me confrontei com nenhum assim que fosse... Ah não! Confrontei-me mas ainda não consegui saber como é que me vou desenrascar, porque... eu explico. O que aconteceu foi que eu só me confrontei já cá não estava o doente, por isso é que... [pausa] é tentar um bocadinho não ir contra o que está escrito, mas também não ir 100% contra aquilo que eu... não é? Aos meus ideais. Estava-me a lembrar para explicar melhor. Tivemos cá um senhor internado, já não me lembro o diagnóstico... Era um senhor que estava internado, não sei qual é que era o diagnóstico, esteve cá... e era presi..., era preso, teve sempre o acompanhamento de um guarda. E o internamento correu normal, recuperou bem e depois a certa altura foi transferido outra vez para o hospital prisional, e a gente nunca se preocupa muito... às vezes sabemos outras vezes nem por isso, costumam ser sempre curtos, e outras coisas assim mais graves. E só quando ele foi transferido é que a colega que o transferiu, soube lá, quando lhe disseram lá, por causa das atitudes dos bombeiros que o conheceram e que não foi muito agradável, que ele tinha violado uma criança...</p>		C5/C11

<b>Entrevista nº 1</b>		<b>Local: HSEFX [8-8-06/21h]</b>	<b>Página: 9/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b> – Tinha?			
<b>Entrevistado 1</b> – Tinha violado uma criança. E a gente ficamos todos muito chocados. E eu própria... e quem tem... na altura na escola [complemento de formação] tentei saber o que é que eu podia fazer para me recusar a tratar de outro que viesse igual a ele, porque... nem que fosse obrigada. Porque eu acho que os policiaes também devem ter algum tipo de segredo profissional, para não nos dizerem... mas eu acho que eles deviam ter a obrigatoriedade de nos dizer, para a gente se poder precaver, porque eu acho que não posso ser obrigada a tratar de uma pessoa daquelas, porque isso vai contra os meus ideias, pronto. E aí então choca. Mas segundo as normas, nós somos obrigadas a tratar de todos, certo? Mas é um dilema que ainda não sei, ainda não sei... Acho que há os objectores de consciência que a gente pode ser, mas também não sei se esses objectores serão... se abarca muita coisa, se abarca pouca, e confesso que ainda não tive nenhum tempo para me dedicar... e ainda não apareceu outro...		C5/C2	
<b>Investigador</b> – Foi uma decisão que tomaria na altura e se calhar ainda é...			
<b>Entrevistado 1</b> – Ah, ainda é. Ainda não tive tempo foi para me dedicar, para tentar.			
<b>Investigador</b> – Encontrar alguma coisa escrita sobre o assunto.			
<b>Entrevistado 1</b> – Exactamente. Que me esclarecessem sobre isso. Mas isto é um facto, se me voltasse a aparecer alguém que eu desconfiasse, aí sim, de certeza que eu não me ia mexer aquilo que eu conseguisse para não ir contra as minhas ideias, porque há certas coisas que se fazem, que eu até conseguia... prontos, para não ir em contra as normas que estão escritas, conseguia fazer o mínimo que não, que não... que ele não corresse risco de vida, agora outras coisas não. Posicionamentos de duas em duas horas, para não fazer escaras, para não macerar a pele, isso me perdoem, mas isso eu acho que devia correr mundo e fundos para não fazer.		C5/C2	
<b>Investigador</b> – Agora passando para o último bloco e para terminar. Gostaria que pensasse... esta pergunta já está mais ou menos respondida, mas pronto... Pensasse numa situação vivida que representasse para si um dilema bioético, pode ser este ou outro que tenha ocorrido, e gostava de saber, para já, porque é que sentiu estar confrontada com um dilema? E depois gostaria de			

<b>Entrevista nº 1</b>	<b>Local: HSEFX [8-8-06/21h]</b>	<b>Página: 10/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
saber que decisões se que tomou à volta desse dilema, e também se me pudesse identificar que factores é que podiam facilitar essa decisão nessa situação em específico.		
<b>Entrevistado 1</b> – Eu acho que este é o mais representativo, é. As coisas que... o que me pergunta é...		
<b>Investigador</b> – Os factores que podem facilitar a essa decisão?		
<b>Entrevistado 1</b> – Eu acho que era o que eu lhe disse. Eu acho que eles haviam de ter o cuidado de nos dizer...		D1/C31
<b>Investigador</b> – Informação.		
<b>Entrevistado 1</b> – Informar porque é que eles estavam presos, tendo em conta que sabiam que essas coisas delicadas, que as pessoas querem se recusar a fazer alguns tipos de tratamento a esse tipo de pessoas. Eu acho que devia de ser obrigatório.		D1/C31
<b>Investigador</b> – E agora a última. Para saber até que ponto é que as hierarquias que estão no poder, chefes, administração...		
<b>Entrevistado 1</b> – Do serviço? Do hospital?		
<b>Investigador</b> – Do hospital e até fora do hospital, até que ponto podem auxiliar, na forma como os profissionais de saúde lidam com os problemas bioéticos? Como é que eles podem auxiliar... O que poderiam fazer?		
<b>Entrevistado 1</b> – Eu, eu não sei muito bem o que poderiam fazer. Nunca pensei um bocadinho nisso. Eu penso que eles pensam... prontos, também essas coisas quando acontecem, esses dilemas bioéticos, também não acontecem todos os dias, não é? Se calhar não se justificava eles que permanentemente tivessem... sei lá... tentarem comunicar connosco em relação a isso. Quando a gente o faz, encontrar um problema que é tabu e tenta que... algum esclarecimento que melhore... eles são acessíveis.		D2/C1
<b>Investigador</b> – Já alguma vez na sua experiência contactou com a comissão de ética?		
<b>Entrevistado 1</b> – Não, porque costuma ser através do nosso chefe...		
<b>Investigador</b> – O contacto é feito a partir do chefe, o representante do serviço.		

<b>Entrevista nº 1</b>	<b>Local: HSFX [8-8-06/21h]</b>	<b>Página: 11/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 1</b> – E ele é que contacta. Nem sei quais são as pessoas que pertencem. Sei que elas existem, e que estão lá, e que cada vez que surge algum problema são contactadas, mas ... eu penso que sim que são acessíveis. Pelo menos nunca me pareceu, neste tempo que estive aqui, que houvesse assim algum tipo de falta de comunicação com eles. Nunca me pareceu, não sei e estou certa se estou errada.		D2/C2
<b>Investigador</b> – Sabe apenas da presença dessa dita comissão aqui?		
<b>Entrevistado 1</b> – Exacto.		
<b>Investigador</b> – Relativamente às normas e protocolos que existem, há aqui no hospital, ou tem conhecimento do hospital fazer parte de ter algum plano relativamente à qualidade, se está inserido naqueles processos de acreditação...		
<b>Entrevistado 1</b> – Como o King's Fund?		
<b>Investigador</b> – Sim. Nalgum processo de acreditação?		
<b>Entrevistado 1</b> – Não.		
<b>Investigador</b> – Acha que não?		
<b>Entrevistado 1</b> – Não.		
<b>Investigador</b> – E relativamente às chamadas práticas baseadas na evidência, que existem na enfermagem. Tem conhecimento de alguma coisa?		
<b>Entrevistado 1</b> – Não. Porque quando eles têm, quando eles estão a fazer esses tipos de acreditação, tem que ter as normas e os protocolos “standardizados”, não são? E são adequados todos... Aqui não temos. As normas e os protocolos... as minutas que cada um... que cada serviço adapta ao seu, por isso eles não deve ter...		
<b>Investigador</b> – As normas existentes são feitas no serviço para o serviço?		
<b>Entrevistado 1</b> – É, é.		
<b>Investigador</b> – E existe alguma que seja feita a nível superior, como a direcção de enfermagem, comissões de ética até... deliberam alguma coisa para vós?		
<b>Entrevistado 1</b> – Eu penso que existe a comissão de infecção que delibera muitas coisas cá para baixo. Sim.		
<b>Investigador</b> – A direcção de enfermagem não se intromete muito nas normas e gestão dos seus serviços?		

<b>Entrevista nº 1</b>		<b>Local: HSFX [8-8-06/21h]</b>	<b>Página: 12/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Entrevistado 1</b> – Não, acho que não. Eles estão lá por cima. Acho que eles estão preocupados só com os custos, é. Eles preocupam-se com o que a gente gasta e com o que a gente não gasta, agora com as normas e isso...		D3/C31	
<b>Investigador</b> – Mas relativamente a isso dos custos, não nota uma influência muito grande nas decisões tomada cá em baixo? Directa ou indirectamente.			
<b>Entrevistado 1</b> – Não. Não. Mas noto que indirectamente através do nosso chefe, desde que estamos com estas novas... CHLO's e etc., que temos tido muito mais chamadas de atenção de atenção lá de baixo, isso nota-se mas pronto. Também não quer dizer que esteja completamente errado, que a gente às vezes até gasta um bocado...assim... sem pensar um bocado o que está a fazer, mas que se nota um bocado mais controle, nota.		CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental D3/C31	
<b>Investigador</b> – Salvaguarda sempre o lugar do doente, no fundo.			
<b>Entrevistado 1</b> – Sim, sim.			
<b>Investigador</b> – Há sempre uma preservação desse lugar que... Independentemente da situação.			
<b>Entrevistado 1</b> – Sim, sim. E também nos estamos a borrifar com o que eles possam dizer ou pensar [risos], mas depois que chamem... exactamente, depois façam as contas e que chamem a atenção do que estamos a gastar e depois a gente diz outra vez “Ah tá bem, tá bem...pois é verdade chefe, estamos a gastar, que chato, tá bem... a gente vai pensar”.			
<b>Investigador</b> – A mesma atitude com os médicos e com os enfermeiros?			
<b>Entrevistado 1</b> – É, é.			
<b>Investigador</b> – Mais algo que queira acrescentar?			
<b>Entrevistado 1</b> – Não, penso que é tudo.			

ENTREVISTA 2

<b>Entrevista nº 2</b>		<b>Local: HSFX [12-8-06/21h]</b>	<b>Página: 1/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b> – Nesta fase inicial, gostaria que te descrevesse um pouco. Quais as tuas habilitações literárias...			
<b>Entrevistado 2</b> – Só fiz o bacharel, fiquei bacharel, na Escola A, e realmente não tem muito a ver com isto aqui. Nós somos muito mais teóricos, e a nossa área é muito mais técnica, e aqui acho que é muito mais profunda, acho que é mais... como explicar... muito mais conhecimentos práticos, e sem dúvida aprende-se muito mais, e temos muito mais... muito mais poder de decisão aqui do que lá. Lá somos completamente empregados do médico, e aqui não. Do meu ponto de vista há uma grande capacidade de decisão em conjunto com eles.		A1/C1	
<b>Investigador</b> – Com eles?			
<b>Entrevistado 2</b> – Com os médicos. Exactamente. Que mais te posso contar...			
<b>Investigador</b> – Em termos de carreira de enfermagem. Não sei como é ao nível dos contratos, se passa para graduado ou não.			
<b>Entrevistado 2</b> – É assim, ali em termos de carreira...			
<b>Investigador</b> – Aqui.			
<b>Entrevistado 2</b> – Ah aqui. Em principio hei-de passar para enfermeiro graduado agora no mês de Agosto, ou seja já. Tenho 6 anos de profissão. Estive a trabalhar no Hospital A como eu te comentei, no serviço de cardiopneumo, e aí a nossa função é... pá... muito médica, mas aqui realmente acho que... com os médicos conseguimos falar, tomar decisões muito mais únicas. É pá... conseguimos falar “este doente é para investir, este não é para investir, não achas isto?” E assim a nós dá a oportunidade, se calhar de tomar parte nesse tipo de decisões. Já fiz três anos...		D1/C33	
<b>Investigador</b> – Nesta unidade?			
<b>Entrevistado 2</b> – Nesta unidade, sim. Desde que vim para o S. Francisco fiquei por aqui. E realmente... pronto não sei...			
<b>Investigador</b> – E experiência em unidade de cuidados intensivos, é só aqui?			
<b>Entrevistado 2</b> – No, tenho aqui e tenho no Hospital B.			

<b>Entrevista nº 2</b>		<b>Local: HSEFX [12-8-06/21h]</b>	<b>Página: 2/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b> – E os cuidados intensivos é nalguma área específica ou é geral?			
<b>Entrevistado 2</b> – É uma unidade geral, mas onde temos muita parte cirúrgica porque, digamos de uma forma, a UCIC não tem ventilação, portanto fica sempre na nossa parte, e temos melhor qualidade pois fazemos tudo, absolutamente tudo. Alias, recebemos doentes de outros hospitais como o Hospital C e D, também.			
<b>Investigador</b> – E há assim umas grande diferenças entre esta e ...			
<b>Entrevistado 2</b> – Enormes. Enormes.			
<b>Investigador</b> – Dá para desenvolver?			
<b>Entrevistado 2</b> – É assim. Aqui há muito conhecimento, é muito mais amplo, do que ali. Quem está a gerir aquela unidade não é intensivista, e faz digamos de uma forma... em tudo como os intensivistas, são médicos de medicina, cardiologia. A sua noção em termos de intensivismo é muito, muito vaga. E face aos turnos lá tá-se bem. O que é que acontece é que acabam por não se chatear quase nunca, e vez coisas que tu ficas de braços abertos. Se calhar há ali um espírito em termos de ética que se passam completamente. Vês coisas que eu nunca aceitaria.		B2/C1	
<b>Investigador</b> – Lá no Hospital B?			
<b>Entrevistado 2</b> – Coisas que uma pessoa diz “é pá, isto é impossível”, “é pá, se tivesse ali o seu pai fazia isto?”. Juro. Porque é um choque, passa-se um choque com a nossa forma de fazer as coisas, com o bem-estar do doente, que choca. Neste aspecto não há comparação com aqui. Posso dizer que há uma indiferença em termos ético, é completamente diferente... como te vou explicar... Impacte. A palavra escolhida é impacte. Não há uma... não há interesse pelo bem-estar do doente. Aqui sim, e geralmente somos nós enfermeiros que temos de tomar decisões desse tipo, em que chamamos a atenção ao médico, em inúmeras vezes, devido a aquele não se quererem chatear muito.		C2/C13  D1/C2	
<b>Investigador</b> – São vocês próprios que tomam a decisão de intervir em prol do doente.			
<b>Entrevistado 2</b> – Alertamos...			
<b>Investigador</b> – Tomam a iniciática de falar com o médico...			



<b>Entrevista nº 2</b>		<b>Local: HSFX [12-8-06/21h]</b>	<b>Página: 3/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<p><b>Entrevistado 2</b> – Alertas... “É pá isto é mal. Isto é impossível. O homem está a sofrer, e tal... põe-no sereno...”, em geral aceitam suspender umas merdas, suspender medidas de terapêutica que estavam a substituir o doente. Dada a situação, que esperem não tem saída, não tem hipótese. “Ah, as análises estão muito melhor”, mas vê-se o contrário. Houve um caso à coisa de 2 meses atrás em que foi... um homem sem viabilidade nenhuma, um chaço que estava para morrer, doentes quase para morrer e uma semana antes de... de... de morrer, fizeram técnica dialíticas contínuas, sabendo que não tinha hipóteses; uma pancreatite necro-hemorrágica, uma coisa horrível, e... é pá ao menos digam “suspendam, isto... é pá... isto não leva a nenhum lugar” só por que não estava escrito em lugar nenhum... até a anestesista viu aquilo, que o homem sofria, e disse “estou aqui para apoiar e não... fale com o Director de serviço”, que nunca vê os doentes, pois nunca vê os doentes... este impacte, impacte é o que sinto.</p>		B2/C2	C1/C13
<p><b>Investigador</b> – Qual é que foi a razão principal que o levou a escolher os cuidados intensivos com área de trabalho?</p>			
<p><b>Entrevistado 2</b> – É assim, para mim foi: temas que gosto muito; vou levar daqui, no tempo que cá estiver, coisas que não vou levar de mais sítio nenhum; e comparativamente a Espanha achei que tinha tudo, como coisas muito específica, onde há muitas técnicas e umas máquinas e tal, como tenho tido as bases de interacção com os doentes, comunicação... abrange tudo o que é enfermagem... é esse o meu ponto de vista e é isso que me fez vir para aqui. Conseguem-se atingir... desenvolver uma série de características de urgências e tal... acho que abrange tudo o que interessa para vir para aqui.</p>		B1/C2	
<p><b>Investigador</b> – E houve alguma preparação da tua parte para lidar com este serviço?</p>			
<p><b>Entrevistado 2</b> – Eu já antes de vir para aqui, tal como na cardio já tinha lidado com algumas drogas. Da minha parte já tinha pesquisado algumas coisas e investi bastante naquela altura para conhecer mais de cuidados intensivos, pois a minha primeira função em cuidados intensivos foi lá no Hospital B, é muito mais diferente, mais leve e tal. Deu para ter um primeiro contacto, não desgostei... gostei e tal. Então decidi avançar para uma unidade mais a sério, e vim para aqui.</p>		B3/C3	

<b>Entrevista nº 2</b>		
	<b>Local: HSFX [12-8-06/21h]</b>	<b>Página: 4/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Investigador</b>	– Mas houve alguma preparação para trabalhar numa unidade?	
<b>Entrevistado 2</b>	– Não, foi só a experiência em estágio, depois a cardiologia, depois a unidade do Hospital B, e depois passei para aqui. Sempre tentei ver... sempre tentei dar um passo de cada vez. Preparação, preparação, preparação.	
<b>Investigador</b>	– Ou seja ganhaste experiência na escola, nos estágios, e...	
<b>Entrevistado 2</b>	– Exactamente. Na escola, no estágio, depois vim para a cardio, Hospital B, e fiquei por aqui.	
<b>Investigador</b>	– Se calhar ao longo do serviço nas unidades é que foi-se criando a preparação ideal para tomar conta das situações.	
<b>Entrevistado 2</b>	– Efectivamente.	
<b>Investigador</b>	– Isto já foi focado em alguns bocadinhos, mas a colaboração da tua parte ou da parte dos enfermeiros, agora generalizando, relativamente aos restantes elementos da equipa, médicos, auxiliares, mesmo o próprio doente e família. Como é que... como é que vez a colaboração nessa equipa toda? A acção que os enfermeiros têm no meio desta equipa vasta, quer de profissionais, quer de doente e família, como é que caracterizavas?	
<b>Entrevistado 2</b>	– É assim, dentro de uma unidade acho que é muito mais diferente, acho que é diferente em respeito a nossa decisão clínica. E a família, acho que há uma interacção muito mais forte em torno de todos os elementos de uma equipa, depois de saber o diagnóstico ou uma doença. Aqui consegues falar com o médico muito mais depressa e está aqui para tudo “Pá, não achas que podemos fazer isto”. Aqui, com os auxiliares também temos uma boa interacção, não só entre elas, mas colaboram connosco em muita coisa. Portanto acho que o enfermeiro é o eixo entre os diversos... diversos elementos acho que tem um papel fundamental, e acho que conseguem unir o resto dos elementos, quer os outros terapeutas, quer os auxiliares, quer os enfermeiros. Não sei se responde a tu a pergunta?	B4/C3  B4/C4
<b>Investigador</b>	– Sim, era isso que queria saber, mas também a relação com... a extensão da equipa neste caso com o indivíduo que está a ser cuidado, doente e a família.	

<b>Entrevista nº 2</b>		<b>Local: HSFX [12-8-06/21h]</b>	<b>Página: 5/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Entrevistado 2</b> – É assim, com respeito ao doente, nós acabamos por ser igualmente o eixo entre a parte médica que é um indivíduo discreto e algo distante e o doente percebe. No caso de ser necessário, e depois com respeito à família, nós também acabamos por ser o eixo para eles, entre aquele familiar e aquele doente que está ansioso. Se calhar é orientando sobre aquilo que pode fazer e o que não pode fazer, e vamos guiá-los com informações daquilo que há alterações e daquilo que pode vir a acontecer. Acho que da nossa parte portanto está o doente num centro, à volta em termos de um círculo... digamos de um anel seríamos nós, e à volta seriam todo o tipo de elementos da equipa.		B4/C3	
<b>Investigador</b> – E que factores é que identificas que podem influenciar essa relação entre os vários elementos? Quais os factores...			
<b>Entrevistado 2</b> – Primeiro a personalidade. Eu primeiro acho que é fundamental, isso seria... digamos de uma forma principal. O enfermeiro é uma pessoa introspectiva, não gosta de falar, não gosta de ter contacto nem se associar a estes casos, em que é necessário pedir digamos duma forma... acho fundamental que o estado de participação é importantíssimo gostar daquilo que faz. Também outra das características é o cansaço. Este cansaço pode interferir naquilo que nós... a nível da equipa. E penso que as características podem influenciar aquilo que se tem numa relação.		B5/C1  B5/C2	
<b>Investigador</b> – Voltando para outros aspectos, relativamente a aspectos éticos. Na experiência aqui na unidade, tens-te visto confrontado com situações de dilema bioético?			
<b>Entrevistado 2</b> – Muitas. Acho que neste serviço há.			
<b>Investigador</b> – Já a gora dá para especificar quais? E um número?			
<b>Entrevistado 2</b> – Quais? Nos temos dilemas e é muito, muito frequente. Aqui nesta unidade nós recebemos muitos doentes do foro neurocirúrgico, e em que ponto está lá alguma coisa, que vem num estado de coma muito avançado, e depois vem para a unidade. Será que tudo isto vai levar a alguma coisa, e acho que é um dilema que confrontamos quase diariamente, todos os dias, de dois em dois dias.		C1/C2  C1/C13	
<b>Investigador</b> – E situações específicas que venham rapidamente da urgência para aqui, directamente, e que sejam considerados dilemas?			

<b>Entrevista nº 2</b>		<b>Local: HSFX [12-8-06/21h]</b>	<b>Página: 6/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Entrevistado 2</b> – É assim. No início que vem o doente, investe-se sempre. O doente vem cá e leva o teu máximo. A família vem sempre para saber notícias, e assim vai-se encontrando... vai conhecendo o doente, porque da urgência para cá, geralmente dão a informação do que é que se passa e o que não se passa.		C1/C13	
<b>Investigador</b> – Quem faz a decisão... os critérios de admissão do doente?			
<b>Entrevistado 2</b> – A decisão, e os critérios geralmente é médico. Realmente é uma parte do médico. Quando cá chega.			
<b>Investigador</b> – Mas existe algo estabelecido?			
<b>Entrevistado 2</b> – É assim, normalmente a equipa sabe o que vai receber, em termos de suspender qualquer tipo de manobra.			
<b>Investigador</b> – O que estou a perguntar é se existem alguns critérios? Se algum doente estiver na urgência que não tenham alguns critérios de admissão...			
<b>Entrevistado 2</b> – É assim... critérios não sei se os têm. Não sei se está escrito, se está definido, mas isso é uma tarefa médica uma situação terminal, não vou saber como actuam. Mas já sei que há, porque os médicos que lá vão, nem sempre aceitam. Há alguma reserva, não se cingem ao que podem ter por escrito, mas às vezes que a gente pergunta “Olha vem aí um doente. Então? Entra ou não entra?”, “ Ah, não tem critérios, espera-se...”			
<b>Investigador</b> – E há mais assim algum caso, para além da dúvida de investimento ou não? Que te tenham levantado algum dilema?			
<b>Entrevistado 2</b> – É assim, um dilema que considero, apesar de não ser polémico tem a ver com o respeito ao doente. Quando o doente tem febre e ficas com o dilema de o tapar ou não tapar, porque vem a família... É necessário respeitar o bem-estar do doente, e respeitar a privacidade do doente, e é uma situação que acontece muito aqui, muitas vezes, acaba por levantar o problema de ficar tapado, ou não ficar tapado, mas o objectivo principal é baixar a temperatura, e daí acaba por sair a importância... mas pronto, acaba por ser um dilema nesse aspecto. Não me lembro assim de mais...			
<b>Investigador</b> – E a tua forma de lidar com esses casos. Como é que lidaste com esses casos?			
<b>Entrevistado 2</b> – Eu lidei sempre com a vista nas consequências do eu poderia vir a acontecer.			

<b>Entrevista nº 2</b>		<b>Local: HSEFX [12-8-06/21h]</b>	<b>Página: 7/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b> – Essa forma varia conforme o que encontra?			
<b>Entrevistado 2</b> – Exactamente. Porque é assim, não vamos falar em cuidados a alguém com 20 anos ou alguém com 60. Para mim é diferente. Tem-se mais intimidade com alguém de 20do que com 60 anos, por isso acho que é importante avaliar o que temos pela frente para agir conforme o que nós temos de avaliado. Respondi-te à pergunta?			
<b>Investigador</b> – Sim. De certa maneira sim. O que percebi é que conforme a situação que encontras, encontra-se uma forma única de actuar.			
<b>Entrevistado 2</b> – Si.			
<b>Investigador</b> – E passado algum tempo, consideras que as respostas que destes para essas situações foram as mais correctas?			
<b>Entrevistado 2</b> – Quer dizer... sempre que tomamos uma decisão, temos de reavaliar se foi a atitude mais correcta. E consoante a reavaliação, confio nessa na mesma ou mudarei para uma que ache um pouco mais correcta. Às vezes quando a dúvida surge abordo o assunto não simplesmente com o chefe de equipa, quer com qualquer um que esteja apto, mesmo que seja mais novo desde que ache que tem competência para ultrapassar essa situação.		C2/C2	
<b>Investigador</b> – Ainda relativamente aos aspectos bioéticos que se podem encontrar nestas unidades, que estratégias e que condições é que achas que podem ajudar um profissional de saúde a lidar com esses problemas?			
<b>Entrevistado 2</b> – É assim. Acho que devido ao que recebemos, aqui, às vezes, acho que devia haver um tipo qualquer de acompanhamento, mas pronto.		C3/C2	
<b>Investigador</b> – Algo mais?			
<b>Entrevistado 2</b> – Há as técnicas de comunicação e a comunicação para dizer “Aconteceu-me isto...”.			
<b>Investigador</b> – Mas na equipa de enfermagem?			
<b>Entrevistado 2</b> – Sim, na equipa de enfermagem. Mais na equipa de enfermagem, embora houvesse casos já, com a equipa médica, em que se fala abertamente “Achas que fizemos bem?” “Achas que fizemos mal?”, e acho que também ajuda falar com a parte médica. Houve casos que acabei... fui para casa remoer... fui para casa pensar, e a partir dai acho que nunca mais devia levar nada para casa, acho que devia resolver as coisas por cá.		C3/C2	

<b>Entrevista nº 2</b>		<b>Local: HSEFX [12-8-06/21h]</b>	<b>Página: 8/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b> – Isso em parte responde à pergunta seguinte que é: Até que ponto é que essas vivências dos dilemas devem ser partilhadas?			
<b>Entrevistado 2</b> – Acho que sim. Sem qualquer dúvida. Qualquer dilema que nós temos, a sua partilha é fundamental. Falar nem que seja com um elemento da equipa... porque levar isso para casa é um mau... porque não gosto de levar a minha experiência doméstica para a vida do hospital, para o dia-a-dia do teu serviço, como se deve deixar as coisas do teu trabalho lá... aprende-se a gerir esses dois mundos isolando... embora já aconteceu, em que chego a casa e falar do que se passa aqui, mas não como namorada, simplesmente como enfermeiro. Geralmente acho que o que acontece aqui pode ficar aqui. No meu caso que a minha companheira é enfermeira dá para eventualmente ter um ligeiro descargo lá em casa, portanto acho que é uma opção importante a partilha.		C4/C2	
<b>Investigador</b> – E para terminar esta parte da bioética gostava de saber a tua opinião acerca da existência de normas e padrões, quer sejam escritos, quer sejam pessoais no domínio da bioética?			
<b>Entrevistado 2</b> – Do meu ponto de vista, qualquer tipo de critério que exista em nós como definido é importantíssimo porque é isso que nos vai guiar na nossa actuação do dia-a-dia, e se nós não tivéssemos nenhum tipo de critérios, ficamos automáticos. E para mim aceita esses critérios, sei que também são variáveis, mas não deixam de ser importantíssimos. São guias.		C5/C12	
<b>Investigador</b> – E se houver uma incompatibilidade entre algo que está escrito e um valor pessoal...			
<b>Entrevistado 2</b> – Eu teria que ultrapassar isso com o meu valor pessoal. Nessa relação entre esses dois padrões, eu não podia fazer uma coisa que está contra aquilo que penso. Seria uma situação... Numa situação dessas pedes uma opinião, como... uma sessão em equipa, como um conjunto, já que não consegues orientar sozinho, vai-se em equipa e sinto mais segurança naquilo que faço, quer para um lado, quer para o outro. Quer seja na minha perspectiva de fazer aquilo que penso, quer faça um esforço contrário ao que penso. Acho que o mais normal seria a equipa ajudar.		C5/C3	
<b>Investigador</b> – Tens conhecimento da existência de critérios de qualidade neste hospital?			

<b>Entrevista nº 2</b>		<b>Local: HSFX [12-8-06/21h]</b>	<b>Página: 9/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Entrevistado 2</b> – Em termos de qualidade... é assim, acho que sim, acho que podia haver... acho que há alguma coisa, mas não tive contacto com isso, mas pareceu-me ouvir que aqui neste hospital existe esse tipo de equiparação.			
<b>Investigador</b> – Mas não houve nenhuma informação por parte de ninguém para, nenhum elemento para nenhuma informação.			
<b>Entrevistado 2</b> – Não ninguém informou.			
<b>Investigador</b> – E relativamente a práticas baseadas na evidência. Isto diz-te alguma coisa?			
<b>Entrevistado 2</b> – Práticas baseadas na evidência? Não estou a ver o que estás a referir. Explicas um pouco melhor?			
<b>Investigador</b> – Queria saber se tens conhecimento... se já te cruzaste com esta maneira de funcionar em enfermagem.			
<b>Entrevistado 2</b> – No, no... é assim, se me comentares poderia chegar a aquilo que significa as práticas baseadas na evidência. Conheci alguém que falou nisso...			
<b>Investigador</b> – As práticas baseadas na evidência no fundo são quando existem critérios que devidamente fundamentados, devidamente pesquisados em bibliografia técnica e através de uma forma quantitativa, esses critérios é que permitem fazer decisões face às situações existentes.			
<b>Entrevistado 2</b> – Não. Acho que é uma forma muito rígida de exercer enfermagem, quando nós temos de ter uma abordagem mais flexível. Não há como a vida para lidar com a enfermagem.		D3/C1	
<b>Investigador</b> – Agora entrando no último bloco. Gostava que pensasses numa situação vivida que tenha representado um dilema bioético. Gostava de saber porque é que consideraste aquela situação como um dilema?			
<b>Entrevistado 2</b> – Porquê? É assim. Eu basearia a enfermagem com o ponto de vista da teimosura [teimosia]. Porque aquilo que mais me custa nesta via é ver sofrer uma pessoa, isso faz-me uma confusão enorme, porque eu nunca sofri, e não gostava que ninguém na minha família sofresse, e custa imenso ver alguém sofrer e não poder fazer nada para acabar com esse sofrimento. Mais ainda quando alguém conseguiria fazer alguma coisa, mas ninguém faz por isso. Isto para mim é o pior dos piores. Nós como enfermeiros estamos limitados, pois não temos a capacidade de prescrição médica...		D1/C1  D1/C33	

<b>Entrevista nº 2</b>		<b>Local: HSEFX [12-8-06/21h]</b>	<b>Página: 10/12</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<p>de prescrição terapêutica, mas sabemos que existem meios para ultrapassar esse sofrimento, isto é que me faz passar. Para mim a ver o cenário pergunto-me “o que é que eu faço”... eu sei o que é que eu poderia fazer, mas não posso fazer legalmente. Se o fizer, faço mal e fico sem emprego. Mas isto faz-me uma confusão enorme. Acho que isto para mim é uma situação muito cerrada. E depois há outro ponto que também aprendi a confrontar, em que adoraria que a eutanásia tivesse uma legalidade. Por exemplo nos casos de cancro do pulmão, num caso em que um homem consegue tomar decisões de forma consciente. Tinha muitas dores... terríveis, e gostava que naquela altura tivesse tido a oportunidade, ele próprio dizer “Olhe, o senhor da cama 2 quer decidir o tratamento a seguir”, porque é o que eu digo... pois, ele devia decidir. No meu caso, eu devia pactuar de forma a assistir o doente. Para mim, gostava... se algum dia tivesse naquela situação de decidir sobre o assunto... sobre aquilo que eu achava ser melhor. Depois acho que as pessoas deviam evitar a concessão do que se lhes vai fazer. Por isso acho que estes têm sido os maiores dilemas que tenho tido no campo da decisão. Por estas acho que há necessidade de a pessoa descansar e acabar com o sofrimento, e existe no hospital a capacidade de acabar com esse sofrimento. Acho que nunca o faria, mas é importante falar sobre isto.</p>		D1/C33	D1/C1
<p><b>Investigador</b> – E perante essas situações, que decisões é que tomaste?</p>			
<p><b>Entrevistado 2</b> – A única decisão que tomei foi a de alertar o médico, pois é ele que tem o espaço para... encontrei-o no corredor, conversámos e ele disse “já sei da situação”, falamos dos riscos, disse que gostava que fosse avaliar a situação, ele disse “Ah já sei”; eu disse-lhe “e se fosse o seu pai, gostava de o ver assim”, ficou comprometido, mas disse-me “tá bem. Mas sabe que isto são situações delicadas, estamos a fazer tudo o que é possível”, respondi-lhe “Acha que há alguma coisa mais para fazer”; “acho que não, mas... isto vem descrito nos livros e tal...”, que há outro médico que tem uma opinião diferente, “É pá vejam lá o que estão a fazer”; “a família põe um processo” e por isto tudo o que seja para fazer é feito. Acho que a nossa actuação como enfermeiros... devemos dar a nossa opinião, mas devíamos ter capacidade directa de decisão, com a devida autoridade legal.</p>		D1/C2	D1/C33



<b>Entrevista nº 2      Local: HSFX [12-8-06/21h]      Página: 11/12</b>	
<b>Transcrição</b>	<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – Que factores é que podes encontrar que possam facilitar essa decisão	
<b>Entrevistado 2</b> – Em termos de esse tipo de coisas só a dar com algum poder de legislação, para alterar isso, e perante isso... aí sim podíamos actuar e algum tipo de problema. Aí podíamos actuar, como num caso de um tipo com febre. Mas aqui era um dilema leve. Podíamos agir numa coisa ou outra, eu acho... Mas os grandes dilemas acabam por ser uma decisão médica. Não sei... a única forma de ultrapassar a lei é tomar uma decisão conjunta. Mas não existe nenhuma legislação que faça isto.	D1/C32
<b>Investigador</b> – Até que ponto é que as hierarquias do poder (chefes, directores, administradores), é que podem auxiliar da uma forma como nós lidamos directamente com os doentes, relativamente a problemas de ética. Como é que eles nos podem ajudar?	
<b>Entrevistado 2</b> – É assim. Acho que deviam descentralizar o tipo de decisão, e fazer uma decisão um pouco mais aberta, pois os diversos tipos de profissionais que actuam em cuidados intensivos... porque acho que eles sabem que... uma situação à responsabilidade só de uma pessoa, vai haver um grupo de enfermeiros, de auxiliares, de qualquer tipo de profissionais... fica a situação como vista sob uma única perspectiva. Acho que as situações são mais complexas dos problemas vistos sob outras perspectivas, e acho que deviam descentralizar as decisões, e serem um pouco mais estudadas. Acho que é a única possibilidade que há. Aliás nós tivemos um caso há uns tempos atrás, de um doente que estava na reanimação, um doente com esclerose múltipla, que estava ventilada... e acharam por bem não aceitar na unidade. No entanto fazem uma chamada para a direcção do hospital e decidem que o doente tem que entrar... Mas porque? “Tem que entrar e pronto.” Não foi uma decisão médica nossa. Foi uma decisão médica superior que disse que tinha de ser assim. E tem que ser tem... ou seja é um abuso de poder... ou seja a única hipótese que nós temos é descentralizar esse tipo de decisões, e abrir um pouco mais o campo de visão, nesse tipo de decisões. Acho que é a única forma.	D2/C4
<b>Investigador</b> – E a importância que a própria decisão tem neste tipo de situações?	

<b>Entrevista nº 2      Local: HSFX [12-8-06/21h]      Página: 12/12</b>	
<b>Transcrição</b>	<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 2</b> – Neste tipo de situações? Um exemplo. A eutanásia é a primeira. Oxalá tenhamos umas discussões acerca destes assuntos, para terminar o sofrimento, pois em cuidados intensivos, estes temas são frequentes, e temos pouca oportunidade de abordar o assunto.	D1/C32
<b>Investigador</b> – Se houvesse tipo um documento escrito por parte do doente...	
<b>Entrevistado 2</b> – Acho que devia ser completamente aprovado.	
<b>Investigador</b> – Nunca houve cá nenhum caso em que... houvesse um testamento escrito pelo doente com indicações, com directrizes a referir “não quero ser cuidado”, “não quero ser ventilado”, “não quero ser...”?	
<b>Entrevistado 2</b> – Acho que não, mas duvido que se respeitasse o caso. Devia-se respeitar o caso, mas continuamente andamos a lutar contra uma evidência científica... quem quer fazer faz. Se pára reanima-se. Três. Quatro. Cinco vezes, as que forem precisas. Não se consegue, fica-se pior que lixado. Alguns afirmam que no meu turno não... É um tema muito complexo.	
<b>Investigador</b> – Resumindo achas que tomar directrizes e tomar guiões para decidir e melhorar essa decisão.	
<b>Entrevistado 2</b> – Para melhorar as decisões? Acho que depende sempre de quem vai tomar as decisões.	
<b>Investigador</b> – Mais algo que queiras acrescentar o tema?	
<b>Entrevistado 2</b> – Nada. Penso que é tudo	

ENTREVISTA 3

<b>Entrevista nº 3      Local: HSEFX [13-8-06/14h]      Página: 1/10</b>		
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – Vamos começar com as perguntas, nomeadamente com a sua identificação relativamente às suas habilitações literárias.		
<b>Entrevistado 3</b> – Chamo-me X, tenho o bacharel em enfermeiro, e tenho 48 anos, trabalho aqui na unidade já vai para 18 anos.		
<b>Investigador</b> – Nesta unidade?		
<b>Entrevistado 3</b> – Nesta unidade.		
<b>Investigador</b> – E antes de trabalhar aqui, trabalhou noutra?		
<b>Entrevistado 3</b> – Não, foi a primeira vez aqui.		
<b>Investigador</b> – Em cuidados intensivos foi a primeira vez aqui. Quanto anos de profissão tem?		
<b>Entrevistado 3</b> – Tenho 19.		
<b>Investigador</b> – 19. Tem como categoria a de enfermeiro graduado?		
<b>Entrevistado 3</b> – Sim.		
<b>Investigador</b> – A sua experiência profissional noutras áreas, portanto... noutras áreas de enfermagem. Antes de vir para aqui.		
<b>Entrevistado 3</b> – Tive... trabalhei em medicina, e como enfermeiro noutra hospital tenho... sei lá, trabalhei em hemodiálise, em salas de hemodinâmica. Actualmente trabalho num hospital de dia.		
<b>Investigador</b> – E qual foi a principal razão que o levou a optar por exercer funções em cuidados intensivos?		
<b>Entrevistado 3</b> – Olhe na altura penso que, de facto, beneficiava e eu poderia ter, na medicina deste hospital facilidade de transferência, e quis optar por outro serviço e na altura abriu a unidade, então foi... acho que foi... achei aliciante. Talvez tivesse um pouco mais a ver, na altura, pelo menos... com a minha maneira de estar, em termos de situação. Portanto... vim porque gostei e de facto mantenho esta opinião.		B1/C1
<b>Investigador</b> – E acabou por gostar, entre aspas, do que encontrou. Era o que estava à espera?		
<b>Entrevistado 3</b> – Na altura era uma unidade mais dinâmica, e gostava de facto de lidar com certos tipos de doentes, estávamos abertos... tínhamos doentes cardíacos, mas depois criaram salas... unidades de cardiologia, e perdemos um pouco o contacto com esse tipo de doentes que eram os que davam uma certa dinâmica.		

<b>Entrevista nº 3</b>		<b>Local: HSEFX [13-8-06/14h]</b>	<b>Página: 2/10</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
Agora temos mais o doente crónico, muitas vezes numa fase mais terminal, e portanto ai acho que alterou um pouco o gosto por esta cá.			
<b>Investigador</b> – Na altura que veio para cuidados intensivos tinha uma ideia do que seriam cuidados intensivos. Depois quando chegou cá, a ideia que tinha foi a que encontrou?			
<b>Entrevistado 3</b> – Sim, sim. Foi o que encontrei, de facto...o... o... gostar de facto de cuidar numa situação aguda... como é que hei-de dizer...exigia muito de nós em termos de pensamentos, de tudo. Encontrei uma equipa unida, activa... era mais ou menos o que eu pensava.			
<b>Investigador</b> – E preparou-se de alguma maneira para vir para uma unidade de cuidados intensivos. Houve alguma preparação prévia quando soube ou quando decidiu vir para cuidados intensivos?			
<b>Entrevistado 3</b> – Se eu tive alguma preparação prévia? Não. Não, tive só uma fase de integração, na altura.		B3/C4	
<b>Investigador</b> – Dentro da unidade?			
<b>Entrevistado 3</b> – Dentro da unidade. Levei na altura algum tempo de integração, três semanas ou sete. E pronto, depois é um bocado o investimento pessoal. Como na altura, quando isto abriu, já havia pessoas que já tinham alguma experiência de unidade, não havia nenhuma unidade do hospital mas vinham de outras unidades... pronto, foi um pouco um trabalho em conjunto entre todos.		B3/C4	
<b>Investigador</b> – Qual é, no âmbito do seu papel dentro de uma equipa multidisciplinar, quer com outros profissionais, quer com o próprio utente e família. Como é que descreve, qual é a sua opinião do seu papel dentro da equipa?			
<b>Entrevistado 3</b> – Olhe, eu acho que é um papel importante. Acho que acabamos por funcionar como um elo de ligação entre essas partes todas, talvez pelo facto de passar mais tempo com o doente, com a família, mais disponíveis. Continuamos a fazer, um bocado, o elo entre doente, família, médico. Penso que funcionamos muito nessa base de elo de ligação, num conjugar de todos os tipos de informação, que é importante para o doente e para a família... e até para nós.		B4/C4	
<b>Investigador</b> – A atitude que funciona como um elo entre os vários elementos acaba por ser um papel preponderante na nossa profissão de enfermagem.			

<b>Entrevista nº 3      Local: HSEFX [13-8-06/14h]      Página: 3/10</b>	
<b>Transcrição</b>	<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 3</b> – Eu penso que sim, mas que acaba... acabava por estar mais dentro de uma dinâmica, dentro do próprio serviço, como nos apercebemos às vezes do que é que... que influência é que tem e de que maneira é que podem afectar o internamento de uma pessoa, numa unidade hospitalar. Penso que somos nós que temos mais essa noção e das implicações que isso tem.	
<b>Investigador</b> – Tem mais algum aspecto que queira acrescentar?	
<b>Entrevistado 3</b> – Não.	
<b>Investigador</b> – E tendo como referencia as relações existentes entre esses elementos das equipas de que nós falamos, quer os profissionais, quer o utente e própria família, que factores é que pode identificar que influenciem as relações entre os vários actores?	
<b>Entrevistado 3</b> – Tendo em conta essa... essa nossa relação?	
<b>Investigador</b> – Sim, isto na sua opinião.	
<b>Entrevistado 3</b> – O que eu acho que pode... o que eu acho que é essencialmente é a nossa disponibilidade, eu acho que... muitas vezes, mesmo em alturas... na hora das visitas... talvez nem sempre, e agora talvez não tanto, mas há uns tempos atrás havia uma certa tendência a fugir da família, fugir dos momentos das visitas, por vários receios, sei lá: por estar a ser observado, por sermos questionados... e penso que isso está a melhorar bastante, pois damos mais disponibilidade... É um factor bastante importante que eu me lembre... atender às perguntas e a outras coisas, por isso acho que em termos de disponibilidade transponho uma certa... E em relação... portanto isto em relação à família... e ao doente, aqui na unidade talvez não se note muito isso porque na maior parte das vezes são doentes entubados, doentes sedados, e não há muito essa comunicação, embora, pronto... há sempre algumas, mas talvez não seja tão afectada por uma falta de disponibilidade. E eu penso que é essencialmente isto.	B5/C2
<b>Investigador</b> – E relativamente aos profissionais de saúde?	
<b>Entrevistado 3</b> – O que é que eu penso...	
<b>Investigador</b> – Existe algum factor que possa ser positivo ou negativo que potencie a relação entre enfermeiros e outros profissionais que trabalhem numa unidade? Algo que consiga identificar?	

<b>Entrevista nº 3</b>		<b>Local: HSEFX [13-8-06/14h]</b>	<b>Página: 4/10</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Entrevistado 3</b> – Mas que afecte a comunicação entre nós?			
<b>Investigador</b> – Não que afecte... O objectivo é saber se existe... se consegue identificar algum factor que permita haver aspectos positivos ou negativos no relacionamento entre uma equipa que tem objectivos...			
<b>Entrevistado 3</b> – Aqui, quer dizer aqui... não... já se tem passado por algumas situações... provavelmente situações de conflito dentro das equipas, ou... e quando surgem é capaz de afectar um pouco essa relação porque os elementos estão menos... estão menos... como hei-de dizer... estão menos abertos ao diálogo, fecham-se, isolam-se um pouco mais. São situações pontuais aquelas que acontecem e depois de um modo geral é natural que haja atitudes que... às vezes são conflitos... uns mais estranhos... são muito variáveis.		B5/C4	
<b>Investigador</b> – Mas são conflitos ao nível dos profissionais?			
<b>Entrevistado 3</b> – Diga?			
<b>Investigador</b> – Profissionais. São situações...			
<b>Entrevistado 3</b> – Entre profissionais. Estou a falar entre profissionais.			
<b>Investigador</b> – Agora passando para outro aspecto mais ligado à ética. Gostava de saber se se tem confrontado com situações consideradas de dilema bioético. E já agora que situações e a sua frequência...			
<b>Entrevistado 3</b> – [Pausa] Eu não estou assim a ver o que é que eu possa dizer sobre... que eu me esteja a lembrar de um que me tenha deixado... Mais em que aspecto? Em que aspecto é que...			
<b>Investigador</b> – Refiro-me mais aqueles dilemas que são documentados, e que são esperados que ocorram em cuidados intensivos, mas pode ser qualquer dilema que tenha surgido na sua experiência e que ache que... qualquer tipo de dilema que tenha vivido e que ache relevante...			
<b>Entrevistado 3</b> – Se quer que lhe diga não estou a ver situações que me tenham feito questionado... não... acho que não. Muitas vezes... sei lá, o que posso às vezes achar... são situações em que há um investimento um bocado exagerado perante... perante um determinado tipo de situações... e que me deixa às vezes na situação de... Porque? Porque fazer isto? Muitas vezes são situações... nestes casos são situações em que não há consentimentos, não há nada.		C1/C13  C1/C14	

<b>Entrevista nº 3</b>		<b>Local: HSEFX [13-8-06/14h]</b>	<b>Página: 5/10</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<p>Portanto... sei lá, fazer uma traqueostomia, fazer isto ou ser operado legalmente há um consentimento informado, não é? Pelo menos da família. Nesse tipo de situações mais arrastadas não acontece e portanto não sei... mas daí a estar mal a julgar determinado procedimentos, como o investimento que se faz numa situação irreversível, daí às vezes... mas também já tem acontecido o inverso, não é? Situações que a gente pensa o porque de investir tanto e às vezes acaba por ter resultados, não sei se nas melhores condições da melhor qualidade de vida, o que é certo é que se tem, pelo menos um bom resultado. Eu acho que é mais nesse tipo de vivências que às vezes podem resultar... é mais nesse investir que às vezes a gente se põe a pensar.</p>		C1/C14	C1/C11
<p><b>Investigador</b> – O que lhe ia perguntar agora é: como é que profissionalmente lida com essas situações?</p>			
<p><b>Entrevistado 3</b> – [Pausa] Lido com elas da mesma maneira que com outras situações. Provavelmente questiono a equipa, tento perceber as suas razões e aceitar... Trabalho da mesma maneira como se fosse uma situação diferente. Não é uma coisa que diga assim “tenho de funcionar de maneira especial”. Não. Cuidados especiais não tenho. Faz-me alguma... às vezes quase que me ponho um pouco como “não me façam isto a mim” em jeito de protecção, mas... questiono só o porquê, mas tudo bem. É uma decisão da equipa ao qual estamos ao corrente.</p>		C2/C12	
<p><b>Investigador</b> – Passado algum tempo de vivenciar estas situações, considera as suas respostas adequadas? Depois de ponderar o que fez, considera as respostas que tomou naquela altura como as correctas?... Depois de ponderar, eventualmente qualquer outra ideia, depois de viver aquelas situações, passado algum tempo... se calhar pensava que aquilo que aconteceu poderia... reformulou algumas coisas que poderia ter mudado?</p>			
<p><b>Entrevistado 3</b> – Não. Acho que quando as situações acabam por ter um desfecho pelo menos um pouco melhor, quer dizer... acho que me interrogo um pouco nessas... quando a gente pensa que... que não é a atitude correcta que está a tomar, pensamos duas vezes quer dizer... pronto... Como se já viu coisas com essas que acontecem, mas que a gente espera que não... e acabam por ser revolta-me um bocado e pelo menos penso duas vezes antes de... de questionar um atitude, uma decisão.</p>		C2/C11	



<b>Entrevista nº 3</b>		<b>Local: HSFX [13-8-06/14h]</b>	<b>Página: 6/10</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<p>Não mudo em nada, porque não mudei a minha actuação por isso. Se eu tivesse tido uma atitude que mais à frente tivesse que pensar que não foi correcta por isto ou por aquilo, mas não. A minha atitude em sido coerentes.</p>		C2/C2	
<p><b>Investigador</b> – Mas essas situações que me referiu são frequentes ou...</p>			
<p><b>Entrevistado 3</b> – Sim, tem alguma frequência. E isto porque pronto... principalmente agora nesta fase em que há muito de ... manifestação de principalmente com insuficiências respiratórias, e habitualmente numa situação mais terminal deles... com insuficiência cardíacas. E portanto são situações que habitualmente são muito já... muito... muito envelhecidas, e portanto... já não sei o que ia a dizer, mas... estava-lhe a dizer isto num contexto de uma coisa qualquer em que eu pensava, mas agora não me lembro.</p>			
<p><b>Investigador</b> – A minha próxima pergunta agora é: Como estas situações são muito complicadas, certo? Idealiza algumas estratégias ou algumas condições que possam ajudar os profissionais de saúde a lidar com estes dilemas que surgem nestas realidades de cuidados intensivos?</p>			
<p><b>Entrevistado 3</b> – [Longa pausa] Eu... aqui pela experiência que tenho e das que sinto que possam servir é... pode ser o diálogo, é... um maior diálogo na equipa e se calhar uma maior participação... no estabelecer estratégias, procedimentos... isto até as coisas ficarem integradas para o que se pode esperar de uma determinada situação. Às vezes quando ouço colegas a comentar isto ou aquilo, é por que não parece que tenha havido ali algum diálogo entra a equipa toda... estão uns a fazer para um lado, outros não percebem porque se está a desempenhar certo tipo de atitudes, ou porque se está a ordenar certo tipo de atitudes. Isso às vezes acontece aqui e entre só mesmo a parte médica. Percebe-se tipos de atitudes diferentes de uns para outros, e isso às vezes é que me deixa assim um bocadinho mais “abananado”.</p>		C4/C1	
<p><b>Investigador</b> – Mais uma pergunta que é: Até que ponto é que considera que essas vivências de dilemas bioéticos deve ser partilhada com outros e porquê?</p>			
<p><b>Entrevistado 3</b> – Acho que sim. Acho que... é um pouco aquilo que tinha dito, se houver de facto tomada de decisões um pouco em conjunto, não é? Pronto, sou capaz de considerar que há uma parte médica que provavelmente terá um maior poder de decisão de... mas acho que se for partilhado...</p>		D1/C33	

<b>Entrevista nº 3      Local: HSEFX [13-8-06/14h]      Página: 7/10</b>	
<b>Transcrição</b>	<b>Observações</b>
e que muitas vezes há situações que lhes pode até passar um pouco ao lado pelo simples facto de nós estarmos mais com o doente, pronto... situações que... sei lá... mesmo na avaliação neurológica, mesmo... mesmo há às vezes situações que os doentes tem, que a gente se apercebe e que inclusivamente não... Todo um bom diálogo entre a própria equipa acho que ajuda a... primeiro a essa tomada de decisões para todos estarmos esclarecidos sobre o porque de todas essas atitudes. Por outro lado, acho que ajuda a ultrapassar toda essa angústia...essa... alguma desgraça, que essas situações nos criam e que costumam... não sei.	D1/C33
<b>Investigador</b> – Ainda relativamente à existência dos dilemas bioéticos, qual é a importância que atribui à existência de normas e padrões existentes relativamente a estas áreas, quer normas e padrões que estejam escritos, quer os seus próprios normas e padrões existentes?	
<b>Entrevistado 3</b> – Não entendi...	
<b>Investigador</b> – Qual a influência que existe de escritos... alguma coisa que exista escrito que nos diga como proceder em determinados casos, e quer a sua maneira de idealizar as suas normas pessoais, ou seja, quando acha o quando e como deve actuar nessas situações.	
<b>Entrevistado 3</b> – Eu não sei... não é que não ache que se deva seguir... muitas vezes faço o que está escrito já... provavelmente cabe-nos a nós próprios ajudar também a... pelo menos ter uma maior... um maior conhecimento sobre de facto o que é que pode... até que ponto é que actuar e poder tomar decisões. Agora as nossas... as nossas, eu penso que em relação a determinado tipo de atitudes... nós podemos pensar o que é que... ou pensamos o que fazer em determinado tipo de situação, não sei se depois podemos pô-los em prática perante o que possa estar definido... julgo eu, e aí já é muito...	C5/C2
<b>Investigador</b> – Em caso de conflito entre o que está escrito e as nossas próprias acções, qual é o tipo de reacção que considera ter, ou que importância que atribui de facto, ao facto de haver coisas escritas. Que importância tem na sua maneira de agir ou não?	
<b>Entrevistado 3</b> – Pessoalmente em relação a mim não. Coisas que possam afectar a nossa... a nossa actuação, o que é que podemos ou fazemos mesmo perante, sei lá... a família. Quando tenho algumas dúvidas tento esclarecer com a equipa... uma coisa é aquilo que achava que devia ter feito, e outra coisa é aquilo que é considerado correcto.	C5/C3

<b>Entrevista nº 3      Local: HSFEX [13-8-06/14h]      Página: 8/10</b>	
<b>Transcrição</b>	<b>Observações</b>
Também aí às vezes posso ter um bocadinho as minhas dúvidas... e até se calhar aquilo que eu pensaria ou penso talvez fosse o considerado mais correcto, pelo menos numa primeira visão.	C5/C3
<b>Investigador</b> – Tem conhecimento da existência de normas... de padrões de qualidade existentes aqui neste hospital e a implementação dessas normas?	
<b>Entrevistado 3</b> – Para ser franco já ouvi falar, mas não tenho conhecimento de nada em específico.	
<b>Investigador</b> – E as chamadas práticas baseadas na evidência. Já ouviu falar?	
<b>Entrevistado 3</b> – Práticas...	
<b>Investigador</b> – Práticas baseadas na evidência, quer de enfermagem, quer médicas, quer noutras disciplinas.	
<b>Entrevistado 3</b> – Não.	
<b>Investigador</b> – E agora para acabar vou lhe pedir que pense numa situação que tenha representado para si um dilema bioético, e perante isso gostava de saber porque é que se sentiu confrontado com o dilema bioético.	
<b>Entrevistado 3</b> – [Longa pausa] Isso é uma pergunta muito difícil.	
<b>Investigador</b> – Qual o caso que o tenha marcado mais?	
<b>Entrevistado 3</b> – [Longa pausa] Coisas que me possam ter marcado de alguma maneira? Não sei. Tivemos há anos, um miúdo pequenito internado, com 8 ou 12 anos, que não me quero enganar, ele não tinha... ele não era uma esclerose múltipla ou seria uma lesão medular na cervical... já não me lembro... teve muitos meses internado, a mãe estava cá, até que chegou a uma fase mais... mais terminal, em que ele fazia com alguma frequência paragens respiratórias... paragens cardíacas, e acho que chegou uma altura que a mãe presenciava as paragens e que a gente reanimava, retomava o ritmo rapidamente, mas isto chegou a um ponto que ele fazia isto com muita frequência, e que nós pensávamos que de facto o melhor era não fazer nada... e foi um dilema que nós vivíamos e vivia a mãe. E uma das vezes que ele parou, a mãe praticamente saiu de ao pé dele, nós entramos e uma das coisas que a mãe nos disse é para a gente não fazer nada... para o não reanimar, e...	D1/C1
<b>Investigador</b> – E qual foi a sua decisão, neste caso a vossa?	

<b>Entrevista nº 3</b>		<b>Local: HSEFX [13-8-06/14h]</b>	<b>Página: 9/10</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Entrevistado 3</b> – É que depois a decisão foi o reanimar novamente, porque ao mesmo tempo que a mãe dizia para não reanimar, os olhos dela diziam façam qualquer coisa. E quando nós... houve ali um periodozinho que a gente ficou naquilo... o que é que vamos fazer... e perante aqueles olhos acho que... da mãe, acho que reanimamos. Não aconteceu uma situação daquelas banais, mas às vezes podia acontecer. Mas foi aquele dilema que... e depois também nos confrontamos se era de facto correcto não fazermos nada. Mas foi uma situação totalmente complicada.		D1/C2	
<b>Investigador</b> – Mediante essa situação, considera existir algum factor que possa... poderia ter ajudado na tomada dessa decisão? Alguma coisa que possa ou poderia ter ajudado se isso acontecer outra vez? Alguma coisa que possa ajudar os profissionais a tomar uma decisão?			
<b>Entrevistado 3</b> – Eu não sei bem o que é que pode... o que é que nos pode ajudar numa situação dessas... é pá, não sei mesmo... Eu não sei se há alguma coisa que nos possa ajudar... na altura haveria de ser bom se calhar para nós podermos depois falar sobre esse tipo de situações que nos vão passando, e acho que... eu pelo menos sinto e falo por mim, eu esqueço de isto tudo aqui, portanto eu saí da porta para fora e não me lembro mesmo de nada. E há assim fases destes que nos passam, e... estamos a falar e não me lembro do nome deles “Ah lembraste do fulano tal?”. Acho que isto tudo é uma maneira de desligar destas situações todas. Mas provavelmente era bom poder falar dos sucedidos... talvez uma vez por mês, um pouco falar sobre os pormenores do dia-a-dia.		D1/C31  C3/C4  D1/C31	
<b>Investigador</b> – Arranjar um género de um grupo de manter o sistema de falar entre vós. Uma coisa mais formal. Em vez de ser só entre a equipa arranjar um profissional.			
<b>Entrevistado 3</b> – Sim. Situações que nos podem ter criado alguma... alguma dúvida... se se pudesse falar abertamente. Às vezes falasse na passagem de turno, mas não sei se era melhor um espaço mais à vontade.		D1/C31	
<b>Investigador</b> – A última pergunta que lhe vou por é e aproveitando essa sugestão que está a dar, considera que as hierarquias que estão no poder (chefes, administradores, directores), se eles podem auxiliar os profissionais de saúde a lidar com estes dilemas e com estas decisões.			

<b>Entrevista nº 3      Local: HSFX [13-8-06/14h]      Página: 10/10</b>	
<b>Transcrição</b>	<b>Observações</b>
Se há alguma forma que eles possam ajudar, se considera que haja alguma coisa que eles possam fazer para ajudar?	
<b>Entrevistado 3</b> – Provavelmente fornecer algumas informações sobre esta problemática. Normalmente pensasse que não vai haver nada de novo, mas pelo menos documentos mais elaborados que nos possam fazer reflectir sobre as coisas. Aqui internamente no serviço também devem acompanhar essas informações e torná-las mais bem definidas.	D2/C1
<b>Investigador</b> – Coisas escritas que possam auxiliar com situações como à de instantes?	
<b>Entrevistado 3</b> – Por exemplo. A informação para que todos saibamos com o que é que contamos, até onde é que podemos... se haverá um ou outro aspecto que teremos de estar atentos. Depois é diferente uma pessoa funcionar com a informação, e se todos os elementos da equipa estiverem informados, todos sabemos que há algumas coisas que temos de estar atentos.	D2/C1
<b>Investigador</b> – O que acha da inclusão da família nessa partilha de informação e estipular de decisões?	
<b>Entrevistado 3</b> – Eu acho importante. Eu habitualmente em situações mais terminais, em decisões a serem tomadas, por exemplo o desligar de um ventilador, é uma decisão a tomar que toda a gente tem de tomar. Portanto essas atitudes deviam dar um certo a vontade até para lidar com as situações. Uma coisa é a gente estar a falar com um familiar que pode eventualmente indicar alguma coisas sobre determinada situação e a gente por trás sabe que não, e irá afectar em determinada atitude. Quando eles sabem que em influência é mais fácil... será mais fácil para todos... todos estamos a lidar com uma situação, todos temos conhecimento dela, não há enganos de parte a parte.	D2/C4
<b>Investigador</b> – Mais algo que queira acrescentar ao conteúdo da entrevista?	
<b>Entrevistado 3</b> – Penso que não.	

ENTREVISTA 4



<b>Entrevista nº 4</b>	<b>Local: HSJ [14-8-06/18h]</b>	<b>Página: 2/16</b>
<b>Discurso</b>		<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – E em actividade em cuidados intensivos?		
<b>Entrevistado 4</b> – 19.		
<b>Investigador</b> – E aqui nesta unidade?		
<b>Entrevistado 4</b> – 19.		
<b>Investigador</b> – A sua carreira profissional tem sido...		
<b>Entrevistado 4</b> – Sai da escola para aqui.		
<b>Investigador</b> – Saiu da escola directamente para aqui. Toda a sua carreira tem sido em cuidados intensivos.		
<b>Entrevistado 4</b> – Exactamente e se calhar tenho uma ideia diferente dos outros colegas que já passaram por vários serviços, até em termos de dificuldade, não é?		
<b>Investigador</b> – E ao nível de outras experiências de enfermagem? Tem...		
<b>Entrevistado 4</b> – Tenho. Trabalho num lar há onze anos.		
<b>Investigador</b> – Há 11 anos. E antes disso?		
<b>Entrevistado 4</b> – Não, nada.		
<b>Investigador</b> – A sua experiência, se posso resumir, é essencialmente cuidados intensivos e uma experiência num lar.		
<b>Entrevistado 4</b> – Exacto, exacto.		
<b>Investigador</b> – Agora falando um pouco mais em profundidade na sua experiência em cuidados intensivos, gostava de saber qual foi a razão que o levou a optar por exercer funções nestes serviços.		
<b>Entrevistado 4</b> – É assim. Eu quando vim da escola... na altura toda a gente queria urgência. A urgência era muito vaga, era o SO, era a UC antiga, era a neurotraumatologia, o serviço de reanimação, era a UUM, e pronto, fui colocado aqui. Até não queria UUM, na altura queria UC e SO, mas pronto... Na altura fazia-se isso. A gente pedia uma coisa e davam-nos outra e depois fui colocado aqui na UUM, pronto... e aqui fui ficando		SO – Serviço de Observação na Urgência; UC – Unidade Cirúrgica; UUM – Unidade de Urgência Médica
<b>Investigador</b> – Não foi a sua escolha...		
<b>Entrevistado 4</b> – Não. A UUM não foi escolha. Na altura escolhi a UC ou o SO.		
<b>Investigador</b> – A UC era a unidade...		
<b>Entrevistado 4</b> – A UC era a unidade de cuidados intensivos cirúrgicos. A unidade cirúrgica. O SO era o SO... o Serviço de urgência.		
<b>Investigador</b> – E depois de ter ingressado na unidade de cuidados intensivos arrependeu-se de alguma maneira?		



Entrevista nº 4	Local: HSJ [14-8-06/18h]	Página: 3/16
Discurso		Observações
Era o que estava à espera?		
<p><b>Entrevistado 4</b> – É. Quer dizer... Esta unidade já é muito diferente do que era à 19 anos atrás, não se compara. Em nada. Não se compara em nada. A única coisa que se pode comparar é as salas, mas mesmo assim nem todas, porque dantes havia uma parte de intermédios que agora não existe, onde nós recebíamos todos os grandes doentes: enfartes do miocárdio, intoxicações, doentes que não eram ventilados, que vinham doentes cardíacos que eram resolvidos e iam-se embora. Nós muitas vezes recebíamos quatro... chegávamos nessa altura com quatro doentes diferentes do que aqueles quatro que tínhamos iniciado. Portanto é este tipo de trabalho que agora se faz em SO... agora trata-se em SO, mas... nos recebíamos aqui muitas crianças, e agora não recebemos... portanto a unidade tem mudado muito... tem mudado muito.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Essas decisões foram feitas ao longo do tempo...</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Essas decisões de que?</p>		
<p><b>Investigador</b> – De mudanças de valências, de mudança de aceitação de crianças...</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Na altura não havia unidade de cuidados intensivos de pediatria no Hospital A. Nós recebíamos aqui os miúdos. E unidades de cuidados intensivos nas outras partes dos hospitais não haviam. O único hospital que tinha unidade era B, o resto... C não tinha, D não tinha, não havia... não havia o Hospital E, o Hospital F, quer dizer nós éramos a unidade mãe. Daqui saíram todos os médicos que estão à frente dessas unidades todas por aí. Inclusive o director do hospital... o director clínico do hospital, o Dr. X, foi para o D, que agora é director do hospital, saiu daqui. Era aqui que ele trabalhava.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Como é que encarou essas mudanças ao longo dos tempos?</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Quer dizer. A mudança que eu encarei... quer dizer, isto é tudo... há uma reestruturação, não é? Isto tudo... vão abrindo novos hospitais, unidades, vão abrindo... até que antigamente até em termos de médicos as equipas eram muito maiores... eram muito maiores. Só vinham cá fazer estágios... os estágio eram marcados com 6 anos de... com 6 anos de diferença.</p>		

Entrevista nº 4	Local: HSJ [14-8-06/18h]	Página: 4/16
Discurso		Observações
<p>Pediam para agora, mas só daqui a 6 anos é que tinham vaga, e agora não, tomara eles que viessem muitos mais médicos para cá para estagiarem...A gente vai-se adaptando. O que me pode perguntar a mim é porque é que não pedi já transferência, porque é que não fui experimentar outras coisas? Sabe, eu normalmente todos os anos penso assim “Ah! Qualquer dia vou-me embora. Não falta muito para me ir embora?” mas é mais um género de deixar-me acomodar. Eu já tive vários convites para me mudar daqui, até para hospitais particulares... não sei, eu... depende também das pessoas, vou-me deixando estar, vou-me deixando estar e acabo por... e já vão 19 anos, não é? Já vão 19. Na altura em que abriu a unidade no Hospital G de transplantes. Fui convidado pelo chefe... pelo chefe de serviço, que na altura era aqui da UC, e eu na altura não quis ir e tal... Arranjei mais duas ou três desculpas, e foi comodismo e acabei por ficar, e eu acho que perdi uma grande oportunidade, mas pronto, já se perdeu.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Mas, depreendo que gosta muito desta área?</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Sim, sim, pois se não, não estava aqui 19 anos, não é? Eu acho que às vezes a gente vai-se acomodando às coisas e vai-se deixando estar. Não é que eu tenha algum problema de trabalhar em algum lado, eu acho muito bem, porque já tenho ido para outros serviços, às vezes quando a UUM estava fechada para obras ou coisa assim, e não tenho problemas absolutamente nenhum, mas só que mudar, mudar, a gente vai-se deixando estar... mas isto é muito complicado, é uma área muito complicada, porque por exemplo hoje como é o caso... está mais ou menos, há umas vagas, mas isto não é rotina disto, isto tem uma dinâmica de trabalho muito grande, e eu que noto que já não sou o mesmo que há 10 anos atrás, em termos de rapidez de execução das coisas, não é? Tenho que pensar nisso.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Agora relativamente à sua vinda para cá, disse-me que foi depois de ter saído da escola de enfermagem. E houve alguma preparação com um serviço desta especialidade?</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Não. A única preparação que houve foi uma integração. Fui integrado, primeiro nós éramos integrados nas partes dos intermédios que eram chamadas as salas cá de fora, onde eu estive dois anos,</p>		

<b>Entrevista nº 4</b>	<b>Local: HSJ [14-8-06/18h]</b>	<b>Página: 5/16</b>
<b>Discurso</b>		<b>Observações</b>
<p>porque a integração na parte dos ventiladores era de 6 meses, e havia pelos menos 3 pessoas à minha frente, ou 4 na altura a serem integradas e... pronto, demorou esse tempo todo.</p>		
<p><b>Investigador</b> – E essa foi feita ao longo... Quer dizer tirando a escola não houve mais nenhuma preparação?</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Não...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Foi mesmo só a integração ao nível do serviço.</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Sim, sim, sim.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Relativamente à sua colaboração no âmbito da equipa multidisciplinar neste serviço, qual é a sua opinião?</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Em relação à minha colaboração? É assim, eu sou o segundo elemento. E digo que nunca quis e não quero chefiar a equipa. Já tive várias oportunidades para isso, como segundo elemento... fui cedendo, até evitar, mas agora estou com essas funções, pronto. Mas a minha colaboração... tenho integrado muita gente: alunos, quando temos cá alunos, e inclusive colegas que é o caso de agora, vai entrar uma colega que vai ser... que é nossa colega que veio da escola também, e vai ser integrada, segundo me disseram durante 6 meses, que não acredito. Porque eles querem tirar as 42 horas e automaticamente ela vai ser precisa numa sala, porque depois vai haver uma reestruturação outra vez das equipas, e em vez de ser 6 meses será 4 ou 3, não sei ainda como é que vai ser. Mas uma das coisas que me preocupou sempre muito: as equipas já forma mais equipas do que são agora, agora trabalham mais individual, não se ajudam... não se juntam uns aos outros, e foi sempre manter uma boa união entre as equipas. Tentar arranjar um grupo que... pronto... incentivar as pessoas a colaborarem uns com os outros. Sempre foi o meu lema aqui na UUM.</p>		B4/C1
<p><b>Investigador</b> – E alargando a outros elementos para além da equipa de enfermagem, para a equipa médica, equipa de auxiliares, outros técnicos, e incluindo também doente e família. Como é que vê a sua colaboração integrado com estes elementos?</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Eu costumo dar-me muito bem com toda a gente. Costumo dançar consoante a música, mas a ligação, actualmente, entre os médicos e enfermeiros aqui dentro não é boa não é famosa. Há muitos atritos. Não tenho razão de queixa de ninguém, mas também</p>		

<b>Entrevista nº 4</b>	<b>Local: HSJ [14-8-06/18h]</b>	<b>Página: 6/16</b>
<b>Discurso</b>		<b>Observações</b>
<p>vejo não é?E assisto. Mas a relação não é famosa. Com os auxiliares a relação é boa. Os auxiliares também já tem uma certa idade aqui na UUM, há aqui auxiliares com muitos anos de UUM e criam os seus hábitos, não é? E às vezes é preciso sabe-los levar, por isso ai está a união do grupo... sabe-los levar para... pronto, sabe-los levar. Mas a relação não é muito famosa, já foi muito melhor.</p>		
<b>Investigador</b> – Com os auxiliares?		
<b>Entrevistado 4</b> – Com o médico e o enfermeiro.		
<b>Investigador</b> – Em relação aos doentes e família...		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Em relação aos doentes e família a relação é boa, e nós tentamos ter uma... ter uma abertura muito grande, até em termos de visitas. Nós temos as visitas das duas... das duas e meia às três e meia, e das cinco e meia às sete, mais ou menos, e nós damos sempre... nunca veio cá ninguém pedir para visitar o familiar, à hora que fosse, excepto talvez durante as higienes que é mais complicado, que não tenha visto o seu utente, ou esperam mais um bocadinho ou coisa assim, mas vê sempre o utente e temos sempre uma... um leque de opção muito grande e as pessoas estão muitas vezes mais tempo do que o que deviam estar, e pronto, tentamos sempre pô-los a par de tudo aquilo... Não se esconde nada a ninguém.</p>		
<b>Investigador</b> – Não se criam atritos com os restantes elementos?		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Não, porque mais ou menos todos fazem a mesma coisa. Os atritos criavam-se era se de todo fosse rígido nas visitas. Se eu disse-se assim “Olhe. Desculpe lá mas são três e meia e tem que sair.” ou “Já não entra porque já passou da hora.” E depois outro colega já não fazia isso, então diziam “Um colega seu, ontem que deixou, hoje já não deixa, e tal...”... basicamente funcionamos todos da mesma maneira.</p>		B4/C1
<b>Investigador</b> – Ainda com referência às relações da equipa multidisciplinar, de todos que falamos, que factores identifica que podem influenciar a melhoria, ou não, das relações entre vós?		
<b>Entrevistado 4</b> – Os factores que influenciam? Em termos de médicos e enfermeiros?		
<b>Investigador</b> – Sim por exemplo, mas também enfermeiro-auxiliar, enfermeiro-doente, todos.		

Entrevista nº 4	Local: HSJ [14-8-06/18h]	Página: 7/16
Discurso		Observações
<p><b>Entrevistado 4</b> – Exacto. É assim, em relação aos factores que podem influenciar, em relação aos médicos é um bocado complicado, porque é assim: depende muito, depende muito da sua personalidade. E os médicos aqui mudaram um pouco também. Refiro-me aos mais velhos, mudou o director do serviço também mudou, mudou... em pouco tempo, mudou três vezes, e depois criaram-se entre eles... há sempre uma desculpa que qualquer coisa é a enfermeira ou o enfermeiro. Chegaram-se a fazer normas internas para proibir certas coisinhas, minhoquices. Vou-lhe dar o exemplo: as águas não são permitidas nas salas, nem em lado nenhum. Nós para bebermos as águas temos de ir à copa, temos ali a nossa garrafinha para beber água; as malas não podem lá ficar, tem de ser postas nos armários e não sei quê. Se nos vem a fazer alguma coisa que não é correcto chamam logo a atenção de chefes e mais não sei quantos, quer dizer, são pequenas coisas ou grandes coisas que nos criam atritos e desconfianças entre nós, e depois é as guerrinhas entre eles também, mas isso é um assunto a tratar à parte. É lá com eles. Em termos dos auxiliares por vezes, ou muitas vezes, o auxiliar muitas vezes é só um, de tarde e de noite. De manhã são 2, 3, 4 no máximo, e eles acham pouco na colaboração deles por vezes... escondem-se um bocadinho porque... também é só um a fazer muita coisa, não é? Se estiver só um, cá fora, para posicionar um doente, já não pode fazer mais nada, não é?</p>		
<p><b>Investigador</b> – Relativamente a outro bloco de perguntas sobre questões bioéticas, gostava de saber se se tem confrontado com situações consideradas de dilemas bioéticos. Se sim quais? E já agora a sua frequência.</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Explique-me só uma coisa. O que é que o senhor considera de bioético? Bio de duas pessoas para a ética profissional, é?</p>		
<p><b>Investigador</b> – Bioética é a ética da vida, ou seja problemas que se encontram normalmente, e onde eu tenho pesquisado na área dos cuidados intensivos, que podem causar algum dilema, quando o enfermeiro se vê confrontado com essas situações. Situações clínicas. Por exemplo um tema que é muito, muito visível é o caso da morte cerebral.</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – E isso na relação com a família, não é? Prontos, é assim...</p>		

<b>Entrevista nº 4</b>	<b>Local: HSJ [14-8-06/18h]</b>	<b>Página: 8/16</b>
<b>Discurso</b>		<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – Na sua vivência profissional, no seu percurso profissional, neste caso. Gostava de saber se se tem confrontado com estes tipo situações. Se sim quais? E saber a sua frequência.		
<b>Entrevistado 4</b> – Olhe é assim.... Temos... tem-se ... Foi mais na altura em que nós tínhamos cá as crianças, pronto, por serem crianças, não é. Tínhamos esses dilemas, pronto... morrer um velho, um idoso... é complicado; mas morrer uma criança é, no seu todo, muito mais complicado. E então nós tínhamos ai problemas até... prontos, não de consciência, mas de dor também nossa, porque, pronto, às vezes morria uma criança. Mas fora disso há certos casos clínicos que ai nos aparecem que pronto... temos de transmitir à família, onde não vale a pena estar a dizer “Ah, não, isto está bem, tá. Amanhã está melhor, não sei quê...” pronto a gente sabe que as coisas são muito graves e mesmo inclusive, uma das coisas últimas, a mãe de uma colega nossa, que até estava a melhorar e de um momento para o outro, até disse “Ah eu já te telefono daqui a um bocado para saber o que é que deu o TAC”, e o resultado de facto foi muito mau e a mãe ia morrer. E a pessoa ter que dizer isto é de facto frequente e complicado.		TAC – Tomografia Axial Computadorizada C1/C15
<b>Investigador</b> – Há mais alguns casos que se lembre?		
<b>Entrevistado 4</b> – Casos que me lembre agora... também uma senhora que foi amputada das mãos... uma rapariga nova que tinha uma sépsis urológica e que foi amputada de mãos e pés... isto de dizer à família e falar com a família da senhora e dizer que... a sua filha vai ficar sem mãos e pés, quer dizer... são situações dramáticas		C1/C15
<b>Investigador</b> – E essas situações são frequentes aqui na UUM?		
<b>Entrevistado 4</b> – Não são muito frequentes mas... e não são frequentes agora, são menos frequentes do que eram atrás, e menos frequentes porque... porque enquanto antigamente entravam 10, 12 doentes por turno, agora, muitas vezes, não entra ninguém por turno, não é? Quer dizer, a rotatividade do serviço também é menor... também é menor.		C1/C2
<b>Investigador</b> – E como é que lidou com estas situações?		
<b>Entrevistado 4</b> – Com uma angústia muito grande, não é? A gente ter de transmitir a realidade às pessoas... não é fácil. Dizer a verdade, assim cara a cara é complicado... não é fácil. Eu nessa situação, nessa		C2/C13

Entrevista nº 4	Local: HSJ [14-8-06/18h]	Página: 9/16
Discurso		Observações
<p>rapariga...coisa que é um pouco raro acontecer, porque a gente tem que diferenciar porque somos profissionais de saúde e com isso temos de tratar como profissionais de saúde, e não como se fosse “o paizinho” ou “a mãezinha”. Temos de tratar como profissionais de saúde. Ainda o outro dia quando foi a rapariga que estava amputada de mão e pés... quando a filha cá veio... a ver a filha de 8 anos... quer dizer... parece que não mas as lágrimas vêm aos olhos, não é? Porque... São coisas que custam mesmo porque a gente diz assim “Bom isto podia-nos acontecer a nós”, não é? Mas a gente tenta ultrapassar isso porque nós somos profissionais e é para isto que cá estamos, não é?</p>		C2/C13
<p><b>Investigador</b> – E teve algumas atitudes perante essa situação, e passado algum tempo, depois de ter passado aquela fase imediata, considerou que as suas respostas, naquela altura, foram as mais adequadas?</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Eu penso que sim. Até hoje não me arrependi nada de alguma resposta que tenha feito, de coisa... não. Sinceramente... Pelo menos que me lembre agora. Quer dizer... Às vezes podia me ter escapado alguma coisa, mas assim que me tenha ficado na memória, não me lembro assim de alguma coisa que me tenha arrependido.</p>		C2/C2
<p><b>Investigador</b> – Que estratégias e condições é que podem ajudar um profissional de saúde a lidar com este tipo de dilemas?</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Estratégias em termos de... Olhe para já é ser o mais frontal possível. Ser frontal, directamente, dizer as coisas logo directamente, não estar com “pruridozinhos” a dizer... dizer as coisas que não são. E depois eu acho que uma das coisas o seguinte: é depois acompanhar a família e demonstrar uma disponibilidade muito grande para que eles diminuam um pouco a dor daquilo que se disse. Eu acho que a frontalidade é o essencial.</p>		C3/C3
<p><b>Investigador</b> – Aqui valoriza-se muito a comunicação com a família, pelo menos do ponto de vista da frontalidade, não é?</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Exactamente.</p>		
<p><b>Investigador</b> – E que condições é que poderiam ajudá-lo a exercer essa comunicação com a família... considera haver alguma condição que possa ajudar um profissional a comunicar com a família sobre esses aspectos por vezes difíceis?</p>		

<b>Entrevista nº 4</b>	<b>Local: HSJ [14-8-06/18h]</b>	<b>Página: 10/16</b>
<b>Discurso</b>		<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 4</b> – Quer dizer, as condições... as condições ideais... não estou a perceber bem a sua pergunta... quer dizer as condições...		
<b>Investigador</b> – Se existe alguma coisa que possa ser feita de modo a que o enfermeiro que tem que comunicar com a família... neste caso, comunicar com a família: informações difíceis, dolorosas de transmitir, se existe alguma condição que possa haver que nos possa ajudar a ultrapassar essas dificuldades.		
<b>Entrevistado 4</b> – Não sei, a condição será encetar o diálogo aberto com as pessoas, quer dizer... não há necessidade... penso eu que, não vejo assim mais nenhuma condição para a gente ser frontal. O diálogo com as pessoas. Uma das coisas que a gente faz é vir buscar as visitas durante o caminho, já preparar as pessoas até para a vista, em termos do que vai encontrar, quer dizer... não caia... não chegue ali à sala e olha para ali e vê um doente ventilado, com tubos de um lado e de outro. Uma das preocupações é o preparar a visita: “O Sr. Já cá veio alguma vez?”, “Sabe o que vai encontrar?”, “Sabe como é que o senhor está?”, “Sabe para já porque é que não fala?”. Porque muitas vezes as pessoas não sabem que um tubo traqueal não permite que as pessoas falem, não é? Portanto, levar ao doente e levar a visita, e preparar ao longo do percurso até à sala do que irá encontrar no seu utente.		C3/C3
<b>Investigador</b> – Isso é feito por regra?		
<b>Entrevistado 4</b> – Quer dizer se toda a gente faz, não sei. Mas que normalmente é incutido e eu sempre incuti que as pessoas fizessem isso, faço. E eu faço.		
<b>Investigador</b> – E já agora é uma atitude que é da sua opinião que se deve fazer ou foi “obrigado” por existir alguma norma ou algum protocolo?		
<b>Entrevistado 4</b> – Norma não. Eu penso que na altura em que fui integrado, portanto já lá vão muitos anos, foi dito isso, foi dito isso, e eu sempre achei que se devia dizer isso. No percurso... pronto, a pessoa vem à sua visita, e nós temos a preocupação de saber se é a primeira vez, se sabe como é que a senhora está, se tem cá vindo... pronto... para a pessoa não chegar ali e não encontrar a pessoa... muitas vezes, segundo eles, podem estar mortos, sedados e curarizados... estão em coma, não é? Um coma provocado. E as pessoas se não forem preparadas... por vezes já tem acontecido ai que a pessoa se vai abaixo nas canetas e desmaia e tudo isso...		



<b>Entrevista nº 4</b>		<b>Local: HSJ [14-8-06/18h]</b>	<b>Página: 11/16</b>
<b>Discurso</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b> – E essa visita... esse acompanhamento é feito por parte do enfermeiro?			
<b>Entrevistado 4</b> – Sim, sim. O enfermeiro vem buscar a visita. Se depois há mais visitas e já tem entrado mais... trocam sem ninguém vir buscar, mas a primeira visita é sempre da responsabilidade do enfermeiro... é sempre, é sempre.			
<b>Investigador</b> – Outra pergunta que lhe vou fazer é até que ponto é que a vivência desses dilemas que surgem no contexto da nossa profissão, devem ser partilhados?			
<b>Entrevistado 4</b> – É assim... Muitas vezes se a gente disser aquilo que sente a um amigo ou a um colega... dentro de um grupo há sempre alguém... eu gosto mais de A do que de B, como é lógico não é? Eu também tento, dentro de um dilema que nos aparece, desabafar com um colega... até é bom para nós... é bom para nós... a gente sente-se... não sei como hei-de explicar... descarregado... sente-se que conta o que aconteceu a um colega, quer dizer... sente-se mais aliviado... Embora não seja fácil de o fazer...		C4/C2	
<b>Investigador</b> – A última pergunta deste grupo é: qual a importância que atribui à existência de normas e padrões, quer sejam escritos, e às normas e padrões seus, para lidar com estes problemas de dilema bioético?			
<b>Entrevistado 4</b> – Em termos de dessas normas... é muito importante e é muitas vezes necessário estarem escritas para a gente as praticar, não é? E porque muitas vezes por estarem escritas não quer dizer que as pessoas as pratiquem não é? Isso às vezes é um pouco pessoal de cada um não é? Porque a gente muitas vezes diz “Isto é uma norma, é assim, assim, assim...” mas muitas vezes não são cumpridas, não é? Por isso é que o estar escrito não nos adianta de muito. Depende muitas vezes é da própria pessoa... as querer cumprir ou não, não é?			
<b>Investigador</b> – Mas acha importante elas existirem?			
<b>Entrevistado 4</b> – Acho importante existirem, porque depois se alguma coisa não corre bem, e nós dizemos “Não correu? Foi porque o senhor não quis. Porque isto são normas e deviam para serem cumpridas.” Ele não pode dizer que não teve conhecimento delas, desde que ele teve conhecimento delas, não é? E aí pode ser chamado à responsabilidade, se não cumpriu uma norma. Isto é o exemplo de, a parte, mas por causa das garrafas de água... eu não concordo, mas é uma norma			

<b>Entrevista nº 4</b>	<b>Local: HSJ [14-8-06/18h]</b>	<b>Página: 12/16</b>
<b>Discurso</b>		<b>Observações</b>
e tenho que a cumprir. Desde que esteja no serviço, ela está escrita, foi escrita pelo director do serviço tenho que a cumprir... posso é não concordar, mas tenho que a cumprir, não é?		
<b>Investigador</b> – E existem normas especificamente relacionadas com o cuidado a um doente?		
<b>Entrevistado 4</b> – Não. Normas directamente ao cuidado ao doente... [pausa] Normas, normas...		
<b>Investigador</b> – Essas é que interessavam...		
<b>Entrevistado 4</b> – Mas essas... Normas ao cuidado ao doente, não. Há uma ordem, há uma... mas isso não são uma norma nem está escrito, não é?		
<b>Investigador</b> – Não existe nada escrito? Ao nível de protocolos, procedimentos?		
<b>Entrevistado 4</b> – Não... quer dizer... os protocolos que estão escritos, os procedimentos de algumas técnicas aos doentes... agora cuidados aos doentes... a gente sabe que tem que posicionar os doentes... mas não está escrito que o senhor tem de posicionar o doente de duas em duas horas, ou de três em três horas... quer dizer... porque também depende de caso para caso, não é? Isso não está estipulado, não está escrito.		
<b>Investigador</b> – Agora outro bloco de perguntas, e o último. Gostava que pensasse numa situação vivida por si que tenha representado para si um dilema bioético. E depois, mediante essa sua experiência gostava que me dissesse porque se sentiu confrontado com um dilema bioético? Porque é que representou para si um dilema bioético?		
<b>Entrevistado 4</b> – É assim. Eu posso-lhe falar a si daquela rapariga que foi amputada das mãos e das pernas. O dilema foi... foi... era uma rapariga saudável até há pouco tempo e de um momento para o outro ficou com um quadro séptico... e de um momento para o outro ficou sem os braços e sem as pernas, uma rapariga com trinta anos de idade. Quer dizer... e nós não pensamos que vamos ter aquelas doenças, mas não pensamos que... como é que uma pessoa saudável e com uma vida normal, de um momento para o outro fica completamente super-dependente dos outros. Por acaso aquilo até evoluiu muito bem e neste momento a senhora está muito bem, isto porque eu também tento acompanhar, após a saída daqui, alguns casos... o caso deste. A senhora já tem uma prótese das mãos, já é praticamente auto-suficiente em tudo, já lhe adaptaram		D1/C1

<b>Entrevista nº 4</b>	<b>Local: HSJ [14-8-06/18h]</b>	<b>Página: 13/16</b>
<b>Discurso</b>		<b>Observações</b>
<p>o trabalho que ela fazia às condições que ela tem... portanto as coisas evoluíram bem. Mas isto, e voltando um pouco mais atrás... e é este dilema que muitas vezes a nós se põe, ou seja “isto aconteceu a este e se me acontece a mim?”, ninguém está livre de uma situação destas.</p>		D1/C1
<p><b>Investigador</b> – Recorda-se de decisões que tenha tomado relativamente aos cuidados a essa doente?</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – Sim. Olhe, eu vou-lhe contar uma situação. A rapariga... ela tinha várias lesões na pele, e eu faço pensos há muitos anos, e uma das áreas que eu gosto é de fazer pensos. E então eu fui falar mesmo com o médico, mas porque era um médico que eu podia ter uma conversa com ele e ele aceitaria a minha resposta, porque a nem todos eu faria isso. E disse “Olhe eu acho que esta doente... esta pele está a ser mal tratada, e se você pusesse este tipo de tratamento, passando um pouco acima do que disse a plástica, isto era capaz de evoluir muito melhor.”, e ele disse “Então vamos experimentar isso.”, e a rapariga... aquilo evoluiu espectacularmente em 15 dias e ela foi daqui curada para o H. E tinha bastantes feridas ainda de abrasões, de zonas de excertos, e tudo isso e aquilo ficou espectacular.</p>		D1/C2
<p><b>Investigador</b> – E que factores é que me indica que possam facilitar esse tipo de decisões, esse tipo de acções, para cuidar melhor dos doentes?</p>		
<p><b>Entrevistado 4</b> – O factor... portanto... para já é o gostar de... é o a gente ter vontade de intervir numa situações. Portanto era mais fácil para mim ver que estava prescrito assim, assim e era assim, assim que se fazia. Quem tivesse de tomar as decisões que tomasse. E era a vontade de ver aquilo curado o mais depressa possível, por uma experiência que eu tinha que achava que aquilo ia resultar. E foi essa a vontade que me foi satisfeita, e ela foi... e eu disse-lhe a ela mesmo. Se a este penso eu pego... neste penso mais tarde isto já estava curado a muito tempo, quer dizer podia não estar, mas tinha evoluído bem, porque eu sempre achei que não estava a ser correctamente... não era aquilo que cicatrizava mais depressa, e depois viu-se que não foi... Mas eu já tenho experiência com penso há muitos anos.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Essa tal partilha que houve com esse médico...</p>		

<b>Entrevista nº 4</b>	<b>Local: HSJ [14-8-06/18h]</b>	<b>Página: 14/16</b>
<b>Discurso</b>		<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 4</b> – Com o médico, exacto. Foi da opinião dele e... não ia alterar uma coisa que... o médico da doente não concordaria, não é? Tenho sempre de falar com ele primeiro antes disso.		D1/C33
<b>Investigador</b> – Mas foi porque o conhecia...		
<b>Entrevistado 4</b> – Quer dizer... conhecia-o bem e sabia que era capaz de ter uma abertura de me deixar fazer as coisas, mas há outros que...mesmo achando que eu podia estar certo, mas como o outro escreveu que... o da cirurgia plástica disse que era assim, assim, ele escreveu e este não iria desresponsabilizar o outro e iria continuar como estava, e eu... mas aquele não foi o caso, e ainda bem por isso.		D1/C32
<b>Investigador</b> – E esse tipo de atitudes são causadas porque? Teimosia?		
<b>Entrevistado 4</b> – Olhe. Eu acho que é mais teimosia, e ... mais teimosia porque ele... repare uma coisa: o médico é sempre o médico e o enfermeiro será sempre o enfermeiro, não é? E também era teimosia do... a plástica é que veio cá, nós chamamos e nós é que temos que seguir aquilo. Porque eles também não interviam, porque eu também dizia-lhes para mudar, eles não mudavam. Mas era a plástica que fazia, era a especialidade.		
<b>Investigador</b> – A decisão foi tomada em conjunto e assim não houve problema. Para terminar eu gostava de saber até que ponto é que considera que as hierarquias de poder neste momento, considerando os chefes, administração, directores... esse intervenientes podem auxiliar na forma como os profissionais de saúde lidam com os problemas bioéticos?		
<b>Entrevistado 4</b> – Estamos a falar de directores, administradores, essas coisas todas?		
<b>Investigador</b> – No fundo, acima do prestador de cuidados.		
<b>Entrevistado 4</b> – Exacto.		
<b>Investigador</b> – Quer seja da própria profissão, quer seja de outras.		
<b>Entrevistado 4</b> – Exacto. Aquilo que estou a achar, é que actualmente tem que se poupar dinheiro. Tem que se poupar dinheiro e daí a razão por que se quer tirar as 42 horas, e quando se está a falar de cuidados de enfermagem, disseram que isso depois logo se via e vamos ver como é que é em termos de... as 35 horas tem que se fazer, e depois vem para ai... e depois é		D2/C5

<b>Entrevista nº 4</b>		<b>Local: HSJ [14-8-06/18h]</b>	<b>Página: 15/16</b>
<b>Discurso</b>		<b>Observações</b>	
<p>assim...é muitas vezes as pessoas é que não sabem como é que se faz... como é que se trata um doente. E então ao fazer como... mas tendo como objectivo fazer isto, diminuindo isto, poupando isto, tem que o fazer. O que acontece depois vamos ver. Muitas vezes essas hierarquias... e eu não falo em termos de chefe de serviço, porque o chefe de serviço tem esse conhecimento. Falo para além dessas pessoas... para lá desses chefes de serviço que as chefes também não têm muitos poderes para alterar, não é? Os chefes mostrando, como mostra agora com o NAN e com o NES, o tempo de horas que os enfermeiros precisam e tudo isso, não é? Se isso vai ser suficiente para manter os cuidados, vamos ver, mas por aquilo que eu me apercebi ela vai mesmo tirar as 42 horas, e isso vai diminuir horas de trabalho directamente aos cuidados aos utentes, não é? Não sei como é que vai ser. Isto em termos de um patamar mais acima da administração.</p>		<p>NAN e NES – Ferramenta de calculo de número de horas e cuidados de enfermagem necessários D2/C5</p>	
<p><b>Investigador</b> – E ao nível de exigências que eles possam fazer ao nível de coisas directamente relacionadas com os cuidados aos utentes... isto agora que possam intervir... situações mais ao nível prático. Algumas indicações que... possam ser indicadas por essas pessoas que disse, que possam influenciar nos cuidados directos ao doente. Acha que há alguma coisa que possam auxiliar ou não?</p>			
<p><b>Entrevistado 4</b> – Eu agora assim, assim de repente não estou a ver alguma coisa que possam influenciar nisso. Só se for pela desmotivação dos profissionais de saúde. Porque agora assim como assim como norma que possa alterar alguma coisa não estou a ver.</p>		<p>D2/C5</p>	
<p><b>Investigador</b> – Falando agora de outra coisa. Sabe da existência de alguma norma do hospital de estar incluído no processo de qualidade? Se o hospital está a aderir a algum processo de acreditação?</p>			
<p><b>Entrevistado 4</b> – Eu posso estar enganado, mas penso que actualmente não. Aqui há uns tempos, há uns anos falou-se no... havia uma norma de qualidade de serviço, mas agora penso que não.</p>			
<p><b>Investigador</b> – Não há uma norma estabelecida?</p>			
<p><b>Entrevistado 4</b> – Não sei, Sinceramente não sei.</p>			
<p><b>Investigador</b> – E ao nível de práticas baseadas na evidência, já ouviu falar de alguma coisa?</p>			
<p><b>Entrevistado 4</b> – Práticas de...</p>			

<b>Entrevista nº 4      Local: HSJ [14-8-06/18h]      Página: 16/16</b>	
<b>Discurso</b>	<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – Práticas baseadas na evidência. Nunca se cruzou com este termo?	
<b>Entrevistado 4</b> – Não, não.	
<b>Investigador</b> – Mais alguma coisa que gostasse de acrescentar ao tema?	
<b>Entrevistado 4</b> – Não, não.	

ENTREVISTA 5

<b>Entrevista nº 5</b>	<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 1/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – Bom para começar gosta que fizesse uma descrição das suas habilitações literárias e do seu percurso profissional, gostava então que me dissesse...		
<b>Entrevistado 5</b> – Então... acabei o curso de enfermagem ainda como bacharel em Dezembro de 1990. Comecei a trabalhar em 1991. Inicie logo em unidade de cuidados intensivos no Hospital A. Tinha tirado o curso na Escola A, portanto entrei logo para esse hospital, onde permaneci durante cinco anos... nessa unidade, até... portanto em 96. Em 96, entretanto, entrei aqui no Amadora, houve oportunidade de vir aqui para a unidade, e vim. E cá estou. Já portanto há 10 anos. Pelo caminho, para além de actividades em cuidados intensivos, também houve... portanto os duplos. Trabalhei em algumas coisas como... trabalhei no serviço de urgência também na altura do Hospital A, e no bloco operatório do Hospital B, dei assistência nas técnicas de gastro no Hospital C, trabalhei no centro de saúde que está inserido na Escola B...		
<b>Investigador</b> – Tem uma experiência variada.		
<b>Entrevistado 5</b> – Sim. Foi assim variada, mas pronto... a base mesmo foi sempre as unidades de cuidados intensivos.		
<b>Investigador</b> – Foi sempre o serviço base de actividade.		
<b>Entrevistado 5</b> – Sim.		
<b>Investigador</b> – E voltando um bocadinho atrás, as suas habilitações literárias começaram por ser o bacharelato...		
<b>Entrevistado 5</b> – Entretanto pelo caminho fiz o complemento, que terminei em 2003... sim em 2003.		
<b>Investigador</b> – É na sua perspectiva o complemento deu-lhe algumas mais-valias para cuidar os doentes no ponto de vista dos cuidados intensivos, relativamente a aspectos de tomada de decisão e/ou relativamente a aspectos de enfrentar problemas de ordem ética?		
<b>Entrevistado 5</b> – É assim o complemento foi um bocadinho mais... tipo mostrar-me que se calhar a enfermagem estava muito pouco autónoma, vá. E portanto foi nesse aspecto que o complemento serviu, para mostrar que poderá haver uma enfermagem diferente daquilo que, até então, se pratica... até então e por enquanto infelizmente continua-se a praticar. Mas que a enfermagem tem autonomia suficiente para tomar determinadas decisões.		A1/C21



Entrevista nº 5	Local: HFF [22-8-06/12h]	Página: 2/19
Transcrição		Observações
<p>Nós é que se calhar ou porque... devido à sociedade onde estamos inseridos, ou até mesmo os hospitais porque neste momento com a gestão privada estamos um bocadinho limitados nesse aspecto. Nunca tivemos despertados para esse tipo de situações, e neste momento acho que, pronto... consigo ter a noção de que posso ser mais autónoma nas minhas decisões, já arrisco mais determinado tipo de decisões que até então se calhar, não me atreveria a tomar. Isto também derivado a já ter alguns anos de experiência, com o já ter alguma experiência percebemos até onde podemos ir, Mas foi só mais nesse sentido porque depois em termos práticos, no dia a dia com o doente... prática estou a falar de técnicas mesmo... isso não veio...mesmo em rotinas de serviço, isso não veio a alterar minimamente. Se calhar por culpa minha, mas também não só, mas possivelmente também mas... pronto, se calhar o sistema não estava muito permissivo nesse sentido.</p>		<p>A1/C21</p> <p>A1/C31</p>
<p><b>Investigador</b> – Agora vou-lhe perguntar qual é que foi a razão principal que a levou a optar por exercer funções nos cuidados intensivos?</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Isto foi logo no princípio, foi logo... portanto ainda estava na escola, a fazer... na altura em que fazíamos os estágios... passei pela UCI do Hospital D... na altura foi a propedêutica... segundo ano, terceiro ano, na altura era só três anos. E nessa altura foi o que gostei mais foi dessa parte dos cuidados intensivos... pela dinâmica, penso eu, ou talvez pelo stress... não é que o stress seja aquilo que eu mais goste, não é isso, mas o haver um bocadinho de agitação, não ser sempre a mesma coisa, tipo trabalho rotineiro tipo enfermaria, que eu não estou de maneira nenhuma a desvalorizar. Foi mais nesse sentido que na altura optei pelo estágio final ser na UCI do Hospital D, na altura tínhamos essas possibilidade, e fui para lá e gostei e adorei. E tive a oportunidade, e a sorte de poder ir para a unidade de cuidados intensivos, logo saída da escola, e no Hospital A, e fui ficando e fui gostando. Mudei para aqui, outros aparelhos, coisas novas, abri a unidade e pronto e fui ficando e gostando.</p>		<p>UCI – Unidade de Cuidados Intensivos</p> <p>B1/C3</p> <p>B2/C1</p> <p>B1/C3</p>
<p><b>Investigador</b> – E relativamente à preparação que possuía, que arranjou para lidar com este tipo de serviços de cuidados intensivos. Como é que arranjou, como é que adquiriu?</p>		

<b>Entrevista nº 5</b>		<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 3/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Entrevistado 5</b> – Portanto é assim... em congressos, pesquisa também, muitos trabalhos em serviço, pronto... no Hospital A não tanto, mas aqui... agora estamos um bocadinho mais numa fase... estamos um bocadinho mais parados nesse sentido, mas houve e tivemos sempre muito incentivo para nos dedicarmos à formação, à realização de trabalhos, acções de formação, portanto foi mais por ai... congressos, cursos... foi mais nesse sentido.		B3/C1	
<b>Investigador</b> – Portanto numa fase após terminar o curso?			
<b>Entrevistado 5</b> – Sim, sim, sim. Já depois. Durante o curso, a preparação que eu tive... a Escola A, na altura, até dava uma preparação um bocadinho... o que se podia considerar um bocadinho melhor em relação a outras escolas na parte de cuidados intensivos... havia uma cadeira... já não me lembro do nome da cadeira, mas que abordava assuntos mais directamente ligados aos cuidados intensivos, porque de resto depois foi mais pela experiência, pelos colegas, por auto-conhecimento. Em termos de escola digamos... eu noto isso, os alunos que apanho mesmo agora neste momento, há poucas escolas que dão uma formação direccionada para os cuidados intensivos. As pessoas muitas vezes chegam aqui sem preparação nenhuma.		B3/C2	
<b>Investigador</b> – A nível de alunos?			
<b>Entrevistado 5</b> – Sim, alunos. Estou a falar de alunos. De enfermeiros acaba por ser aqueles que tiveram a oportunidade de poder passar por uma unidade de cuidados intensivos, vem com umas luzes, porque os estágios também são muito curtos... quando começam-se a ambientar, vão-se embora. Estão cá estágios de 3, 4 semanas... fazer isto numa unidade de cuidados intensivos não é nada. Quando eles se adaptam é quando saem, e portanto quando vêm, a experiência profissional que tem... neste momento já só estamos a aceitar pessoas que já tem alguma experiência profissional, não de cuidados intensivos, pois poderão ter outra, mas já com anos de experiência... é de enfermarias, portanto, também são uma mais valia pois também estão despertos para outras situações que nós aqui não estamos, mas em termos de prática de cuidados intensivos, não sabem praticamente nada.			

<b>Entrevista nº 5</b>		<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 4/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b> – E a preparação que essas pessoas procuram ou acabam por já ter na sua bagagem, é mais de nível técnico ou...			
<b>Entrevistado 5</b> – Muitas vezes é mais a nível técnico. A parte humana, depois é mais nestes casos... acaba por ficar um bocadinho deixada para segundo plano.		B2/C1	
<b>Investigador</b> – E acaba por se adquirir? Acha que sim?			
<b>Entrevistado 5</b> – Acho que sim. Eu acho que a parte humana também vai mais um bocadinho... É assim, adquire-se e não só, acho que também tem a haver um bocadinho com a pessoa. A pessoa... o enfermeiro para mim vai atender sempre um ser humano e isso não é por trabalhar numa unidade de cuidados intensivos que se vai ter mais ou menos. Trabalhar numa enfermaria também é preciso tê-lo e isso já é uma coisa que a pessoa trás com ela, não é? Independentemente da experiência... há alguns aspectos que tem de ser... como é que eu hei-de explicar... limados. Quando se chega a uma unidade de cuidados intensivos, a forma como se comunica com o doente ventilado, o tipo de comunicação é diferente, o doente verbaliza aquilo que sente de outra maneira, não é? Diferente daquilo a que eles estavam habituados até então. É mais nesse sentido que eles terão que adquirir conhecimentos, agora eles procuram essencialmente em termos de formação a parte técnica... quando vem para aqui.		B2/C1	
<b>Investigador</b> – Já agora gostava de saber a sua opinião acerca da sua colaboração dentro da equipa multidisciplinar onde está inserida, e refiro-me quer à equipa de enfermagem, quer de outros profissionais à volta da equipa, quer o próprio doente e família. Todos envolvidos nos cuidados.			
<b>Entrevistado 5</b> – É assim, neste momento aqui no serviço estou com horário fixo, portanto estou só a fazer manhãs. Estou como responsável pela parte da formação do serviço e portanto fico muitas vezes com alunos, com enfermeiros que vem para serem integrados, e aquilo que eu tento fazer se houver uma interligação com eles todos, no fundo. Agora a interligação entre a equipa médica, de auxiliares de enfermagem vou fazendo a ligação, e tento fazer o melhor que posso porque isto é assim um bocadinho... Mas faço muitas vezes as integrações ao pessoal que entra.		B4/C4	
<b>Investigador</b> – E o papel do doente e família?			

<b>Entrevista nº 5</b>	<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 5/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p><b>Entrevistado 5</b> – Sim. Estava-me a esquecer dessa parte. Também sou a pessoa que faz a ligação... isto é assim, aqui neste serviço não há uma pessoa única para estabelecer contacto com a família e com o doente. O enfermeiro que está responsável pelo... por determinado doente fica também responsável pela família desse doente, ou seja essa pessoa... a família, a primeira vez que chega não entra sem nunca vir falar com o enfermeiro ou enfermeira. E fala também com o médico, obviamente sobre a parte clínica, mas com o enfermeiro há informações que podem sempre saber daquilo que vai encontrar: como é que está o doente, o que é que ele vai sentir, qual é que vão ser os aspectos que vão mais o chocar, preparar a família para aquilo que vai encontrar. E é implícito que o doente que está com esse enfermeiro, que acompanha a família até acabar o turno.</p>		B4/C3
<p><b>Investigador</b> – E tendo como referência essas relações, entre todos os elementos que estivemos a falar, que factores é que identifica que podem influenciar, para melhor ou para pior essas relações?</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Com a família?</p>		
<p><b>Investigador</b> – Sim, e com o doente e com os outros profissionais de saúde.</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Assim aspectos positivos?</p>		
<p><b>Investigador</b> – E/ou negativos. Aquilo que achar mais pertinente.</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – O que é que pode influenciar? Uma das coisa que pode influenciar numa unidade de cuidados intensivos é... só o facto de a unidade ser pequena, ser um ambiente mais pequeno, não é? Há sempre tendência a que... eu considero... eu acho que há sempre picos. Pelo menos é aquilo que eu me apercebo ao longo destes anos todos. Há alturas em que se está muito bem, e de repente há um pico negativo na unidade, o ambiente fica mais pesado pelas mais diversas razões, ou porque o trabalho é excessivo para o número de enfermeiros que temos, ou porque um ou outro médico tem um comportamento mais agressivo e se calhar as relações com a parte de enfermagem não são das melhores e a partir daí entra-se em choque, não é? Tanto de um lado como do outro. Eu acho que o nosso papel, principalmente as pessoas que tinham... os chefes de equipa, essencialmente os chefes de equipa, é no fundo tentar suavizar esse tipo de conflitos, não é?</p>		B5/C3  B5/C4

<b>Entrevista nº 5</b>	<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 6/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p>Entre qualquer um dos grupos... Aquilo que acontece é que nem sempre o chefe de equipa, ou por falta de paciência, ou por saturação... muitas vezes é mesmo a saturação, pelo stress, pelo excesso de trabalho, pelo tipo de doentes que nós muitas vezes temos... às vezes temos muitos doentes crónicos e torna-se um bocadinho massacrante ao fim de um tempo... acabam por não conseguirem gerir esse tipo de conflitos. Eu acho que é um principal aspecto negativo das relações de uma unidade de cuidados intensivos. É uma unidade fechada e acabamos por conhecer demasiado bem as pessoas, com quem lidamos, os positivos e negativos, a às vezes aproveitávamos... aproveitávamos ou não sabermos aproveitar a parte positiva das pessoas e entramos... pronto, na onda, como se costuma dizer, do conflito... enfim é não saber geri-lo, acho que essencialmente é isso que rebela um bocadinho o tipo de relações, e isto reflecte-se em tudo... reflecte-se no trabalho, nas relações interdisciplinares, acaba por se reflectir no atendimento ao cliente... se a pessoa não tem paciência, porque acha que não é ela que deve dizer, que deve ser o médico a comunicar determinadas coisas, e entra-se numa bola de neve que alguém tem de travar.</p>		<p>B5/C4</p> <p>B5/C3</p> <p>B5/C4</p>
<p><b>Investigador</b> – Esse tipo de informações que referiu agora está estipulado, ou é uma conveniência do serviço, de quem informa, por exemplo, algumas informações há família. É o médico ou é o enfermeiro?</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – É assim, nós depois acabamos... pronto, ao longo do tempo começamos a fazer uma... a perceber qual é que será a melhor maneira, e para evitar que... um enfermeiro diz uma coisa, vem o médico diz outra... não. As informações só são dadas a um familiar, em termos de informações mesmo clínicas. O abordar o senhor e estar presente com a família, isso cabe ao enfermeiro sempre, não entrando pela parte das informações clínicas, isso é com qualquer familiar. Em relação às informações clínicas, a primeira informação clínica é dada pelo médico, é assim que nós fazemos; é dada apenas a um familiar, e sempre será esse familiar a receber as informações sobre a evolução do doente. A evolução do doente pode ser dada pelo médico, ou pelo enfermeiro, já conhecendo os familiares, pode ir adiantando alguma coisa que se passa com o senhor, um exame, se correu bem ou não correu bem.</p>		<p>B5/C6</p>

Entrevista nº 5	Local: HFF [22-8-06/12h]	Página: 7/19
Transcrição		Observações
<p>Em relação aos pormenores mais específicos, então aí... lá está, se calhar a tal autonomia que nos falta para podermos avançar e sermos nós a dar determinado tipo de informação, acabamos por passar... portanto... a batata quente, como se costuma dizer, ao médico e será ele a dar a informação final. Em termos de consentimentos que a família tenha que dar para determinado tratamento, então é sempre o médico que os aborda, a família nesse sentido.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Houve uma aferição relativamente à informação a dar aos familiares e ao doente.</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Sim. Conseguimos estabelecer um acordo.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Agora vou passar para outro bloco de perguntas relacionados com a bioética. E gostava de saber se se tem confrontado com situações consideradas de dilema bioético. Se sim quais? E qual a sua frequência?</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – É assim, não, não são muitas, mas é assim, situações bioéticas que acontecem aqui dentro tem a ver muitas vezes com situações relacionadas com a situação clínica do doente. Informações que nós sabemos que não devemos transmitir à família, nomeadamente doentes que estão infectados com o HIV, por exemplo, um exemplo; e que nós sabemos que o doente sabe, e que a família não sabe, que a família directa não sabe, e isso choca-nos. Choca-nos o porque é que eu não posso dizer aquela família para tomar precauções, para também ir fazer análises... porque é isso que acontece, não, é? Revolta muito em mim a posição do doente, no entanto, o tal aspecto ético de respeitar a vontade do doente, enquanto estiver consciente será ele sempre a transmitir essa informação a... e será, pronto, a transmiti-lo ou será ele a transmiti-lo, mas sempre mediante a sua autorização, e há que respeitar isso, não é? É um dos factores, e isso acontece muitas vezes. Já tivemos aqui dentro também situações relacionadas com as transfusões de sangue, nos grupos de Jeovás. É uma situação que realmente nos afectou a todos, porque é uma situação desagradável de um senhor que... portanto Jeová que, portanto estava com uma anemia gravíssima e que necessitava mesmo de transfusão, não havia outra hipótese. A hemoglobina descia diariamente, e o senhor que nós conseguíamos perceber dele ainda antes de ser ventilado, ele por ele ainda não havia problema em levar a transfusão.</p>		<p>HIV – Human Immunodeficiency Vírus (Vírus da Imunodeficiência Humana) C2/C14</p> <p>C1/C16</p>

<b>Entrevista nº 5</b>		<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 8/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<p>A mulher é que levava a parte religiosa muito a sério, e que ele não se queria chatear com ela, e portanto negou sempre a transfusão por causa dela, isto também por causa das irmãs. Entretanto, no meio disto tudo, a mulher consegue que o marido assine um papel como não quer sangue e o senhor acabou por falecer aqui na unidade ao fim de muito tempo, sempre, sempre em choque com a família e entretanto acabou por ficar ventilado, e portanto como nós não conseguimos comunicar mais... ficou sedado não comunicou mais, e pronto deparamo-nos com este problema de ver um senhor que nós até sabíamos que por ele até estava tudo bem e acabou por falecer porque a família não quis nunca que ele fizesse a transfusão. Mas como ele tinha assinado o tal papel, não havia nada a fazer. Portanto isto são coisas que as vezes nos revoltam um bocadinho.</p>		C2/C14	
<b>Investigador</b> – No entanto são mais esporádicas?			
<p><b>Entrevistado 5</b> – São mais esporádicas, não é? Em termos assim coisas mais frequentes, o que é que nós temos assim mais, temos aqueles casos mais... mais sociais, que muitas vezes acabam por nos vir parar aqui às mãos, pessoas que não são da área e que vem cá parar, mas esses são aqueles problemas mais sociais, problemas com a família, com os filhos, aonde é que ficam os filhos, aonde é que não ficam, isto a nós também nos revolta muito. Já tivemos situações aqui em que os filhos tiveram que ser entregues a instituições sociais porque as mães não estão em condições de tratar deles, quando se calhar havia pessoas da família que poderiam fazer-lo e isso são as coisas que mais frequentemente acontecem aqui dentro. Portanto os casos sociais de pessoas que não tem para onde ir e nós sabemos que não tem para onde ir, e que inevitavelmente vão ter que sair daqui e nós não sabemos o que lhes vai acontecer. Pronto, não sei se é o sistema que também não está bem, mas se calhar deveria haver um acompanhamento melhor deste tipo de situações.</p>		C1/C2	
<b>Investigador</b> – E como é que lidou com essas situações?			
<p><b>Entrevistado 5</b> – É assim, às vezes temos assim aqueles momentos de revolta, não é? E acabamos por desabafar uns com os outros e sentimo-nos assim um bocadinho impotentes perante determinadas situações.</p>			

Entrevista nº 5	Local: HFF [22-8-06/12h]	Página: 9/19
Transcrição		Observações
<p>Mas temos que saber também que a ética existe para alguma coisa não é, e temos que saber respeitar as pessoas, não podemos de maneira nenhuma também fugir desses limites. Há alturas em que tem que se tomar decisões assim complicadas e eu estou-me a lembrar agora do inquérito, em que eu nunca me deparei assim com nenhuma situação concreta, mas lembro-me de um inquérito que em determinada altura, se não me engano, falar de uma situação em que se calhar teríamos de avançar para uma determinada cirurgia sem o consentimento da família, ou qualquer coisa assim do género, ou pelo menos eu interpretei assim... se deveríamos fazê-lo ou se for uma situação <i>life saving</i> apesar de não ser eticamente correcto, se deveríamos avançar ou não... eu não sou uma pessoa muito... eu acho que é assim... eu acho que se é para salvar salvamos e se calhar a ética, nessa altura, terá que ficar para segundo plano, não é? Agora há outras alturas nestes casos em que eu tive a falar que acho que... que devemos nos lembrar que ela existe e que portanto temos limites, eu não sei se estou...</p>		<p>Life Saving – Medidas extremas de manutenção de vida</p>
<p><b>Investigador</b> – Está, está. Ainda relativamente a esta pergunta e continuando com o questionário, gostava de saber se passado algum tempo, de ter passado por essas situações que se teve agora a lembrar, se considera que as suas respostas foram as mais adequadas, na altura?</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Na altura? Se calhar houve uma ou outra altura em que, por exemplo, com a família desse senhor se calhar fui um bocadinho dura, não é? Quando me perguntavam “Então e não há mais nada a fazer?” e eu respondia “Olhe há, mas vocês não querem.” Se calhar estou a ser um bocadinho dura, não é? Se calhar não deveria ter respondido assim, porque... se calhar eticamente não é correcto, porque no fundo eles tem o direito de o fazer, não é? E eu deveria respeitar isso, só que a revolta é grande e acabamos por dar respostas assim. Isto às vezes é complicado.</p>		<p>C2/C2</p>
<p><b>Investigador</b> – E que estratégias e condições é que considera poderem ajudar um profissional e saúde a lidar com este tipo de dilemas?</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Eu acho que é importante as pessoas... e muitas vezes isto não se faz, pelo menos aqui na unidade... dentro das equipas às vezes ainda se consegue ter momentos de diálogo, mas acho que era importante haver reuniões, e deveria haver um...</p>		<p>C3/C2</p>



<b>Entrevista nº 5</b>	<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 10/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p>se calhar até apoio de pessoas de fora, de outra área, nomeadamente, se calhar até a presença de um psicólogo ou... assim alguém com quem se pudesse debater determinados temas, em conjunto até, todos juntos. Acho que era importante haver esse tipo de orientação, porque acho que as pessoas, assim se calhar assim como foi dois ou três casos aqui, seria importante discuti-los porque cada um tem a sua opinião, e cada um tem a sua maneira de lidar, não é? Mas a ética existe, lá está, e se calhar todos temos que remar todos no mesmo sentido. E se calhar orientados, e discutindo os assuntos sobre estas coisas, conseguiríamos resolver, e acho que isto era extremamente importante e isso não se faz. Tenho muita pena, mas não se faz mesmo.</p>		C3/C2
<b>Investigador</b> – Mais alguma coisa que considere...		
<b>Entrevistado 5</b> – Hummm...		
<b>Investigador</b> – Se não houve não há...		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Agora assim de repente não me está assim a ocorrer. Mesmo assim em termos de formação acho que era importante as pessoas estarem ao corrente do que é que se passa, e a parte do gabinete de ética do hospital deveria informar periodicamente as pessoas de quais são as situações, o que é que há, de haver não só reuniões assim neste sentido, mas haver também... como é que hei-de explicar... artigos, que houvesse mais congressos sobre isso, mais simpósios sobre esses temas porque acho que era extremamente importante.</p>		C3/C1
<b>Investigador</b> – Se percebo bem, isto parte um bocado pela formação e pela partilha de informação.		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Eu penso que é basicamente isso. É mais a partilha, e o discutir, e saber o porque que é que determinadas coisas são assim, e porque é que se considera que eticamente é assim que é correcto, e as pessoas estarem alertadas para isso e saberem que poderão não concordar mas perceberem porque é que é assim, não é? E isso já faz com que as pessoas com mais facilidade consigam... portanto lá está, seguirem esses passos e trabalharmos todos da mesma maneira. Quando as pessoas não conseguem perceber porque é que é assim, porque nunca lhes explicaram porque é que eticamente é assim que tem que se fazer, é assim porque é assim, as pessoas não conseguem... e por isso dá-se o confronto e a confusão instala-se.</p>		C4/C1

<b>Entrevista nº 5</b>		<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 11/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b> – O que me disse vai ao encontra das perguntas que lhe vou fazer a seguir. A primeira já esta em parte respondida, que é: até que ponto é que a vivência dos dilemas deve ser partilhada?			
<b>Entrevistado 5</b> – Tem que ser. Eu acho que sim.			
<b>Investigador</b> – É importante			
<b>Entrevistado 5</b> – Acho que sim. Não só para as pessoas estarem informadas, mas também porque as pessoas ao libertarem aquilo que sentem conseguem depois gerir melhor elas próprias os conflitos, não é? Com os outros e... com elas mesmas não é? Porque isto acaba por ser um conflito interior, muitas vezes.		C4/C2	
<b>Investigador</b> – E a última pergunta é, deste bloco: que importância é que atribui às normas e padrões que estejam escritos ou que sejam normas e padrões seus, no domínio da bioética, quando se está em confronto...			
<b>Entrevistado 5</b> – Os meus padrões, ou aquilo que está instituído?			
<b>Investigador</b> – O que está escrito, o que está instituído, quer pela instituição, quer por organismos que sejam responsáveis por estudar esta área, quer pelos seus próprias normas e padrões.			
<b>Entrevistado 5</b> – Pronto, e como é que isso se chega, não é? Bom é assim, eu penso que é assim... eu acho que isso também fazia parte das perguntas do questionário. Os meus valores pessoais, são os meus valores, não é? E eu acho que quando lido com as pessoas no meu dia a dia, seja profissionalmente ou seja noutros ambientes, são os meus valores que contam, não é? E eu actuo de acordo com eles. Agora, e aí é que eu acho que entra a parte ética, eu tenho que saber respeitar os valores das outras pessoas, não é? E tenho que os aceitar, independentemente de chocarem com os meus, e acho que nesse aspecto é que é importante haverem normas, e haverem coisas escritas, às vezes, se calhar limitam-nos um bocadinho, não é? Porque acabam por ser taxativas, porque tem que abranger uma série de coisas, e cada caso é um caso e há sempre excepções, mas existem essas normas para as pessoas... se calhar cada uma com os seus valores, conseguirem trabalharem todas e saberem respeitar os valores de outra pessoa, não é? Acho que é nesse sentido que nós temos de trabalhar, não é?		C5/C2	

<b>Entrevista nº 5</b>		<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 12/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b> – Considera essas normas escritas como indicadoras, ou como legisladoras se é que posso utilizar este termo?			
<b>Entrevistado 5</b> – Eu sei que elas devem ser legisladoras, não é? Porque elas... há algumas que eu considero que são legisladoras, há outras que eu penso que são só orientadoras, não é? Em que eu de acordo com os meus valores pessoais eu vou, segundo aquilo que está escrito, vou tentar orientar os meus valores pessoais de acordo com o que eu... portanto, tentar que as minhas atitudes, não é?, vão também de encontro aquilo que está escrito, mas se calhar vou arranjar estratagemas e estratégias de forma a que os meus valores pessoais se encaixem naquilo que está escrito e daí elas serem só orientadoras. Às vezes acaba por ser um bocadinho legisladoras, quando são aquelas que me obrigam a fazer determinadas coisas embora eu não concorde com elas. Agora, depois também tenho a certeza que isso existe e por isso é que existe o departamento de ética também, que há determinadas coisas que fogem um bocadinho aos limites daquilo que está escrito, e cada caso é um caso, e se as coisas tomam proporções exageradas, e se calhar aquilo que está legislado não se encaixa naquilo que está a acontecer, acho que as coisas têm de ser analisadas, não é? Não nos limitarmos aquilo que está escrito, mas se calhar é ir ao tal departamento de ética, que existe, que vai analisar aquele caso, e que se calhar até acabam por fugir um bocadinho aquilo que estava legislado.		C5/C12	
<b>Investigador</b> – Esse departamento de ética, que me está a falar é um departamento muito activo no sentido de...			
<b>Entrevistado 5</b> – É assim, pessoalmente nunca tive contacto com eles, e isso entristece-me um bocadinho. Trabalho aqui há uma série de anos, sei que existe, mas não... nunca... nunca apareceram não... pronto, sei que há um ou outro caso que vão lá parar, é analisado lá, mais tarde sabemos que houve... quais foram os resultados, mas nunca houve um contacto directo com os profissionais.		D2/C2	
<b>Investigador</b> – Não há uma extrapolação da informação por parte deles. Às vezes... é mais como órgão consultivo.			
<b>Entrevistado 5</b> – É. Não temos um... não há uma relação. Não...			
<b>Investigador</b> – E é muito utilizada ou não?			

<b>Entrevista nº 5</b>		<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 13/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Entrevistado 5</b> – É assim, eu... lá está, aqui no serviço lembro-me de dois ou três casos que tenham ido lá parar acima. Esse do Jeová foi lá parar e uma ou outra situação que sei que foi analisada depois fora daqui. Aquilo que se pode resolver no serviço, mas lá está nunca houve contacto com os profissionais, não os conheço.		D2/C2	
<b>Investigador</b> – E quem é que tomou a decisão de consultar esse órgão?			
<b>Entrevistado 5</b> – O director de serviço.			
<b>Investigador</b> – O director de serviço, mas por indicação médica?			
<b>Entrevistado 5</b> – Acaba por haver sempre... “Mas porque é que as coisas são assim?”, a gente também interroga “Mas porque é que é assim?”, “Mas porque é que eu tenho que fazer assim?”, “Mas isto não pode ser.”, isto diz assim, mas também diz que porque é que eu tenho que fazer assim, e pronto... também a parte clínica também se envolve, e pronto, o directo clínico acaba por tomar a decisão.			
<b>Investigador</b> – Acaba por haver um envolvimento de todos os profissionais que estão...			
<b>Entrevistado 5</b> – Sim, mas não... como é que eu hei-de explicar... isto são tipo informação individual que é dada ao director de serviço. Eu posso chegar ao pé dele e dizer-lhe que não concordo com isto, com o que está a acontecer, porque é que isto é assim, porque é que não é assim. Não há uma reunião formal em que é posto o caso à equipa, pronto, não há aqui neste serviço nunca se pôs. Eu acho que faz falta, não é? Porque se calhar se até se houvesse essa reunião, se calhar tinha-se resolvido, e se calhar nem precisava de chegar ao departamento, se calhar todos juntos acabaríamos por chegar a uma conclusão. Não, as conversas são isoladas, prontos... ultrapassa se calhar é o poder de decisão da equipa. Realmente se calhar eles tem razão, eu também tenho, o que é que eu vou fazer, acaba por ser tudo... acaba por estar envolvido o departamento, mas não é costume, não há muita utilização do departamento.		D2/C2	
<b>Investigador</b> – E essas decisões feitas nesse departamento acabam por ser indicadoras, ou também acabam por executar as deliberações...			

Entrevista nº 5	Local: HFF [22-8-06/12h]	Página: 14/19
Transcrição		Observações
<p><b>Entrevistado 5</b> – Às vezes são um bocadinho... deixam-nos um bocadinho na mesma. A verdade é esta. Acabam por dar uma no cravo e uma ferradura e acaba por ser sempre assim, tudo assim um bocadinho... nós acabamos por entender que se calhar o facto de eles se envolverem também nos dá um bocadinho mais de... não é de segurança, mas é... trava-nos um bocadinho mais a, pronto... nós dispersarmo-nos um bocadinho nos nossos valores, pois muitas vezes são os nossos valores que andam mais ao de cima nesta altura, e se calhar trava-nos um bocadinho.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Agora o último bloco de perguntas que vou fazer, e para terminar. Gostava que pensasse numa situação vivida por si e que tenha representado um dilema bioético, e gostava que me dissesse porque é que se sentiu confrontada com o dilema. Porque é que considerou ser um dilema?</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Eu lembrei-me... é assim, vou voltar à mesma situação em que eu já falei porque esse senhor para mim chocou-me por que eu estive muito tempo com ele, e apanhei uma fase em que o senhor ainda conseguia comunicar, e isso chocou-me muito porque vi que não... para já porque vai contra os meus valores pessoais. Em termos religiosos, eu tenho que respeitar a religião dos outros, não consigo entender porque é que funcionam de determinada maneira, mas tenho que aceitar, como profissional de saúde revolta-me porque eu sei que se calhar aquelas transfusões iam ser o <i>life saving</i> dele, pronto... se calhar o senhor ia conseguir melhorar e sair daqui... pronto... nada me garantia isso, mas possivelmente... mas era uma tentativa, não é? E isso revolta... como profissional de saúde revolta-me porque acho que tudo deve ser feito no sentido de salvar a vida. Como... a parte religiosa entrou em choque, porque não consigo entender, e pronto... depois pelo lado humano também, porque percebi que aquele senhor, por ele não havia problema, e isso revolta ainda mais. Como é que alguém consegue ter respeito e amor suficiente pela esposa, e pelo resto... pela filha, que eram as duas pessoas que estavam em causa, ao ponto de abdicar de uma coisa que lhe salva a vida por elas, e elas não conseguem fazer o mesmo, não é? Foi uma situação de religião, e isso entra em conflito e acabamos por...</p>		D1/C1

<b>Entrevista nº 5</b>	<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 15/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
lá está, de dar-mos respostas um bocadinho mais tortas à família, ser-mos um bocadinho mais agressivos. Isto foi uma situação que se prolongou por muitos dias, a agravar o processo, e o senhor, a degradação dele... e isso realmente chocou-me, eu já nem me recordo bem da pergunta que me fez...		D1/C1
<b>Investigador</b> – Não... era isso...		
<b>Entrevistado 5</b> – Para eu pensar numa situação é... de como é que eu... não...		
<b>Investigador</b> – Respondeu-me à pergunta, mas agora... a próxima pergunta é se consegue identificar que decisões é que tomou nesse caso?		
<b>Entrevistado 5</b> – Nessa altura, as decisões que tomei era assim, eu tinha que... respeitar a parte... lá está, da bioética que está legislada, o doente assina que não quer, não é? Portanto eu não sou ninguém para passar por cima dessa decisão, embora saiba que ele não a tomou, pronto, por vontade própria. Não posso fazê-lo, não é? Como profissional também não poderia, não sei se... eu espero que isso não me ocorresse, mas como profissional também não teria autonomia suficiente para chegar ao serviço de sangue, pegar numa unidade e trazer para a por em curso, não é? Não sei se se o tivesse, se tivesse autonomia para isso, não arranjaría uma estratégia de o poder fazer, sem ninguém se aperceber. Pronto. Mais tarde porque nessa altura até falamos com os médicos, assim pessoalmente, não houve nenhuma reunião formal sobre isso, porque é que não o fazíamos. E então foi nessa altura que soubemos que a família já tinha... portanto, envolvido um advogado, e que todos os resultados diários das análises tinham que ser enviados. Portanto eles sabiam perfeitamente quando é que o senhor iria fazer uma transfusão, por isso essa proposta foi posta de lado. Porque chegamos a pensar nessa hipótese. Pronto. Daquilo que eu fazia e que tentava evitar, é assim, sinceramente, se calhar não o deveria fazer, mas é assim, sinceramente eu tentei cortar todo o contacto possível com família. Quando eles entravam eu saía do sítio ao pé do senhor. Mandava-os entrar porque era eu que estava com o senhor, mas não lhes queria dar informações, pedia a outras pessoas para dar. Não queria contacto com eles porque estava... lá está estava a ir contra os meus valores, e se o poderia evitar...evitei. Se calhar não foi o correcto, mas foi aquilo que eu fiz...		D1/C2

<b>Entrevista nº 5</b>		<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 16/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b> – E considera haver alguns factores que possam facilitar esse tipo de decisões?			
<b>Entrevistado 5</b> – De decisões?			
<b>Investigador</b> – Que factores é que podem facilitar essas tomadas de decisões que me disse?			
<b>Entrevistado 5</b> – Lá está. Novamente... se calhar as conversas interdisciplinares, e se calhar estar mais bem informada sobre aquilo que se está a passar. Mais nesse sentido.		D1/C31	
<b>Investigador</b> – Até que ponto é que considera que as hierarquias que estão no poder, chefes, directores, administradores, mesmo os de fora do hospital podem, como é que eles podem ajudar os profissionais de saúde a lidar com estas situações?			
<b>Entrevistado 5</b> – Haver... Eu acho que o departamento de ética é importantíssimo, não só para analisar determinados casos, mas também para saber como é que os funcionários, sejam eles de que grupo profissional sejam, saibam lidar com determinadas situações, ou o que é que eles devem fazer mediante determinada situação. Devem ter o acompanhamento também, acho eu, ou de sociólogos, psicólogos... acho que devem estar uma série de profissões envolvidas neste tipo de processo, e lá está, haver debates, haver informação, haver... confrontar as pessoas com determinadas situações. “Então e se isto acontecesse?”, “O que é que nós faríamos?”, “Como é que nós vamos lidar com esta situação?” Se por acaso acontecesse como situações hipotéticas, levar as pessoas a pensar sobre o isso.			
<b>Investigador</b> – E escrevê-las do tipo normalizá-las em papel?			
<b>Entrevistado 5</b> – Não normalizá-las. Isso eu penso que não, porque isso já há uma determinada legislação para determinados aspectos. Acho que isso não. Que isso deve ser uma coisa que é de discussão, não é? Cada pessoa, cada argumento é válido, não é? Deve ser analisado no seu todo. Cada um daria a sua opinião sobre determinada situação e em conjunto chegaríamos a um consenso, não quer dizer que aquilo que sai dali seja para aplicar sempre em todos os casos, não é? Nada... não ia sair dali uma regra, não é? Ia sair dali uma maneira de poder lidar com determinada situação, num fórum. Há milhentas formas de lidar com uma situação, não é? Acho que era mais nesse sentido, fazer com que as pessoas percebessem, os auxiliares, médicos e		D2/C4	

<b>Entrevista nº 5</b>	<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 17/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p>enfermeiros, seja quem for, que há determinada alturas em que somos confrontados com situações que nos deixam sem saber o que é que devemos fazer, não é? E que perante essas situações a quem é que podemos recorrer, o que é que podemos fazer, como é que podemos lidar.</p>		
<p><b>Investigador</b> – E já agora como é que classificaria a autonomia de enfermagem relativamente a decisões aqui na unidade?</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Aqui na unidade? É assim, é o que eu estava a dizer ao principio... acho que se calhar poderíamos ter mais autonomia do que aquela que temos, embora tenhamos alguma, se calhar comparado com outros serviços até temos bastante. Comparado com aquilo que é o ideal de enfermagem, e com aquilo que nós poderemos ter, que eu me apercebi no complemento que nos poderemos ter, acho que ainda temos muito aquém.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Não quer dar um exemplo?</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Assim de repente... como é que eu hei-de explicar... por exemplo... Há aquelas situações também com que a gente se confronta, isto agora estava-me a lembrar agora com outro tipo de situações bioéticas que nos acontecem com muita frequência aqui na unidade, doentes a que se chega a conclusão que é apenas para manter cuidados paliativos, mais nada, e pronto, inicia uma perfusão de morfina. O doente está com uma perfusão de morfina, só que o doente continua desadaptado do ventilador, o doente continua em pressão assistida que é uma modalidade que não dá conforto absolutamente nenhum. Quando confrontamos o médico perante essa situação do tipo “Então porque é que não se muda para volume controlado, o doente está assim... porque?” Há uma certa relutância em mudar os parâmetros... “Então deixem estar” e então ele fica a padecer, quer dizer... neste momento eu pelo menos, e se calhar alguns colegas mais velhos, nem sequer ponho em questão mudar a modalidade. Chego lá, mudo a modalidade, e está mudado e fica em volume controlado. Se calhar adquiri alguma autonomia nesse sentido, não é? Se calhar sei que, manter em cuidados paliativos também tem muito de enfermagem, não é? E então há determinadas situações que eu posso também gerir, embora seja uma decisão considerada médica, neste caso é paliativo, portanto eu vou faze-lo, e faço,</p>		D2/C4



<b>Entrevista nº 5</b>	<b>Local: HFF [22-8-06/12h]</b>	<b>Página: 18/19</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p>não é? É como em relação à alimentação. O doente não tolera... não tolera a alimentação, por exemplo... isto agora estou-me a lembrar de um acaso recente. O doente tinha as glicemias sempre baixas, o doente em cuidados paliativos... eu não o vou deixar com glicemias baixas, não é? Penso eu. Então se calhar passa por mudar os soros para dextrose, não é? E os médicos não querem fazer. E posta essa situação, mas ele tem um soro fisiológico e não se pode mudar para uma dextrose? “Ah deixa estar. Não faz mal. Não é para fazer nada.” Quer dizer... há limites, não é? E então... muda-se para dextrose... fica com dextrose e pronto.</p>		
<p><b>Investigador</b> – E estando aqui neste hospital vou-lhe fazer um outra pergunta. As normas dos padrões de qualidade, uma vez que este é um hospital que está acreditado, e daquilo que conhece, considera haver alguma influência das normas estipuladas pelo King’s Fund directamente nas acções que se praticam nos cuidados aos doentes?</p>		King’s Fund – Sistema de Acreditação de Qualidade
<p><b>Entrevistado 5</b> – É assim... parte do King’s Fund que esteve cá, portanto, a parte das auditorias que existiram foi muito na base de... da parte de ... como é que eu hei-de explicar... de protocolos, se estavam bem elaborados, se não estavam bem elaborados. A parte mesmo humana dos recursos humanos dos recursos humanos do serviço nunca... ainda nunca foi... alias, o hospital foi acreditado e eu não percebo como, mas pronto, isso é outro aspecto, mas não nos dá assim grandes indicativos de quais as acções de enfermagem a aplicar um bocadinho essas alterações.</p>		D3/C21
<p><b>Investigador</b> – Não há uma grande influência sobre...</p>		
<p><b>Entrevistado 5</b> – Penso que não, embora eu também não considere que este serviço... é assim, eu tenho estado a focar se calhar essencialmente aspectos negativos, e isso também não é bom. Mas e assim, eu também não posso dizer que este serviço funcione mal porque eu acho que há muita dedicação da parte de enfermagem, e mesmo da parte médica, e de auxiliares, portanto da equipa toda, aos doentes e acho que tentamos manter o melhor da qualidade, que é bastante bom mesmo comparado com os serviços dos quais tenho conhecimento, e acho que esse nível de qualidade não aumentou, nem diminuiu por causa do King’s Fund, portanto ele não teve grande influência nas nossas acções. Não quer dizer que noutros sítios isso não</p>		D3/C21

<b>Entrevista nº 5      Local: HFF [22-8-06/12h]      Página: 19/19</b>	
<b>Transcrição</b>	<b>Observações</b>
aconteça, o nosso nível de qualidade não melhorou por causa do King's Fund.	D3/C21
<b>Investigador</b> – Se eu lhe falar em práticas baseadas na evidência, isso diz-lhe alguma coisa?	
<b>Entrevistado 5</b> – Práticas?	
<b>Investigador</b> – Baseadas na evidência. Sabe o que é?	
<b>Entrevistado 5</b> – É assim pelo que me está a dizer... é assim não sei se estou errada, não conheço pelo nome. Mas pelo que me está a dizer... práticas baseadas na evidência... tipo situações com que nós nos deparamos no doente, sem análise clínicas... será isto? Não, não. Não tem nada a ver. Não, não sei.	
<b>Investigador</b> – Há mais alguma coisa que gostasse de acrescentar?	
<b>Entrevistado 5</b> – Não. Penso que as coisas mudem, pois há muitas coisas para mudar entre nós.	

ENTREVISTA 6

Entrevista nº 6	Local: HSJ [25-8-06/17h]	Página: 1/17
Transcrição		Observações
<p><b>Investigador</b> – Vamos começar por falar um bocadinho de como foi o seu percurso a nível profissional e o seu percurso académico. Gostava então que descreve-se... as suas habilitações literárias...</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Portanto, as minhas habilitações literárias são o 12º ano, depois optei por tirar o curso geral de enfermagem, numa fase de transição de bacharel e de reconhecimento do curso. 3 anos, na altura foi na Escola A. Depois em 89 fui para os hospitais civis, portanto fui colocado na unidade de neurotraumatologia, que é o serviço A. Nesse serviço, na altura era tudo conjunto: enfermaria, bebés, intermédios, reanimação e bloco. Tive a oportunidade de passar por todos esses sectores e depois o serviço foi dividido e eu... pronto, fiquei na parte de unidade de cuidados intensivos de bebé e intermédios. No serviço A tive... foi-me dada possibilidade de passar por todos os sectores e de fazer diversas funções, até à chefia de equipa. Depois de estar a chefiar a equipa uns dois, três anos resolvi e vim aqui para a unidade de urgência médica. Na unidade de urgência médica, há 4 anos fui fazer o complemento de formação. Concorri apenas uma vez à especialidade, penso que foi para aí há uns 8 anos, foi para aí a última especialidade que houve, tirando agora estas últimas, que foi saúde no idoso, na Escola B. Não tive o privilégio de ser seleccionado, e pronto aqui está mais ou menos os 16 ou 17 anos de vida profissional de enfermagem.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Vou-lhe só pedir para especificar quanto anos é que estão dedicados a cuidados intensivos?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Todos. Praticamente todos.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Praticamente todos... 17, então?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Sim, 17. Praticamente todos. Embora no serviço 10 nós tínhamos que... a possibilidade de fazer três meses nos cuidados intensivos, fazíamos dois meses nos cuidados intermédios e um mês na enfermaria, mas... portanto, o serviço era conjunto. Se havia às vezes alguma falta, alguns ajustes, nós poderíamos saltar, ou para os cuidados intensivos ou para os cuidados intermédios... os cuidados intermédios era o sítio onde as pessoas menos gostavam de estar... enfim era um lugar onde as situações... os doentes estavam numa fase muito vegetativa, aqueles problemas vegetativos, e a maior parte não gostava muito de passar por ali e pelos bebés também era um bocado, um bocado... em relação aos miúdos</p>		



Entrevista nº 6	Local: HSJ [25-8-06/17h]	Página: 3/17
Transcrição		Observações
<p>enfermagem, para além dos trabalhos, dos congressos, e os cursos do centro de formação, não havia mais nada, foi que acho que é um enriquecimento, foi um enriquecimento em termos de desenvolvimento mental, desenvolvimento... conhecimento em áreas de como se faz um trabalho, de uma pesquisa, de... pronto, não é propriamente nos cuidados directos, não é?, mas depois na área, do trabalho do saber acho que é enriquecedor, não é? Não há dúvida nenhuma. Eu pessoalmente gostei muito de fazer o complemento. Foi bom, foi agradável.</p>		A1/C21
<p><b>Investigador</b> – Foi um ano que passou, não é? Mas particularmente e ainda voltando ao assunto qual foi o nível relativamente aos dois pontos que gostava de focar, e são esses a base do trabalho, a decisão das atitudes que os enfermeiros tem perante as situações e relativamente a assuntos relacionados com a ética, teve algum enriquecimento relativamente...</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Em relação à ética e à decisão, porque... sobre o complemento... depois há aqui uma variante é que os complementos as matérias, há algumas escolas que abordam determinadas ou mais ou menos. E no complemento a área da pedagogia, da formação e da ética, foi um bocado trabalhada. A ética ao nível do direito da saúde, relacionado com o direito na saúde, e depois as normas éticas em que muitas vezes a gente não sabe... sei lá em relação a uma criança, relativamente a uma terapêutica que há-de ser dada ou não há-de ser dada, que é a criança com oito anos que diz que não quer ou toma uma posição, ou são os pais. Portanto, há aqui uma variante... eticamente isto é um exemplo em relação a determinado... pronto... aos utentes querem ou não determinados tratamentos numa situação... e nós que estamos numa unidade de cuidados intensivos, numa situação de urgência, se avançamos ou não avançamos, portanto isto foi um bocado debatido. A noção que eu tive depois desses trabalhos que se fizeram e pronto... lembro-me perfeitamente que falamos no consentimento informado, falamos muito nos dados das pessoas, e com a acção de coisas que ficam... coisas relacionados com... tinha a ver com os actos pessoais, se podia dar, se não podia dar, se podia facultar, se não podia facultar isso. Depois a gente fica também... quando sai de lá fica um bocado... um bocado no vazio, assim, não é uma coisa muito objectiva. Há ali coisas que é como três círculos, não é? Há áreas em que eles se interrelacionam, não é?</p>		A1/C41

Entrevista nº 6	Local: HSJ [25-8-06/17h]	Página: 4/17
Transcrição		Observações
E não é fácil, não é?		
<b>Investigador</b> – É difícil para as pessoas reflectirem as coisas da escola na prática?		A1/C42
<b>Entrevistado 6</b> – É, um bocado, um bocado. A decisão. Pronto, é obvio que só à reflexão, permite-nos no serviço, pelo menos questionar, não é?, quer com os outros profissionais de saúde, não é?, e estar desperto para determinados assuntos que muitas vezes podem passar ao lado e que a gente faz até... por rotina, não é?		A1/C42
<b>Investigador</b> – Então, vamos voltar um bocadinho atrás. Gostava que me pudesse referir qual foi a principal razão que o levou a optar por exercer funções nos cuidados intensivos?		
<b>Entrevistado 6</b> – Inicialmente, inicialmente, quando a gente sai da escola, eu falo por mim, eu queria era urgência, portanto o aparato da urgência. A urgência, o SO, tem a ver com os últimos estágios que a gente faz, pois acaba por ser nos estágios de urgência e cuidados intensivos que a gente, acho, que faz mais técnicas, que faz mais coisas, e eu pedi para vir para a urgência. Na altura a urgência era composta... de S. José era composta pelo balcão, era mesmo pelo banco, e depois pelos vários serviços de urgência e a mim colocaram-me numa unidade de neurotraumatologia. Pessoalmente nem gostei muito ao princípio, fiquei assim um bocado aborrecido. Depois a gente, vai ficando, vai gostando, há uma série de técnicas... e depois há outra coisa, trabalha-se em equipa, porque nós numa enfermaria... muitas vezes... há 16, 17, 18 anos talvez, até havia enfermeiros que ficavam sozinhos, não é?, havia aquele receio, numa enfermaria, com 30 doentes, sozinho. Se eu tenho uma dúvida, se eu a tenho, o que é que eu faço, não é? E depois eu acho que apesar de tudo, até ao momento, tenho sido um privilegiado, porque quer num serviço quer noutra, foi sempre serviços onde houve sempre alguma possibilidade de prestar cuidados com qualidade, quer em termos físicos, quer em termos de material, quer material físico de utensílios, quer humano, não é?... portanto, se bem que ao longo destes anos tem-se passado por melhores e piores momentos, como é obvio, mas acabo por pronto por... isto para mim no meu percurso hospitalar e no meu percurso extra-hospitalar, pronto, há determinadas coisas... até mesmo em relação a questões éticas, não é? Eu por exemplo, eu vivi uma situação que eticamente traz sempre muitos pontos de interrogações, que é os dadores,		SO – Serviço de Observação na Urgência

<b>Entrevista nº 6</b>	<b>Local: HSJ [25-8-06/17h]</b>	<b>Página: 5/17</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
a colheita de órgãos. Eu tive no serviço A, uma experiência abismal disso, de quando se praticamente começou, não é? Em que pronto, havia muitas questões e muitos pontos de interrogações, e não havia matéria legal sobre isso, não é?, e portanto, fez-se o que se pode, foi surgindo... e eu ainda hoje tenho um bocado de saudades dos politraumatizados.		
<b>Investigador</b> – E depois a transferência aqui para a unidade...		
<b>Entrevistado 6</b> – Foi por vontade própria, pela necessidade de novos conhecimentos, portanto a gente na altura também tem outra idade, não é? E questionava se eu tenho necessidade de saber mais sobre cuidados intensivos, e penso que a unidade de urgência médica é a mais completa. Não penso, tenho a certeza, objectivamente. É a mais completa em termos de cuidados intensivos do que a unidade de neurocirurgia, e portanto das duas uma: ou vou para uma unidade mais completa em termos de cuidados intensivos para adquirir mais conhecimentos teórico-práticos, não é?, ou então vou para outra área, e eu pus a hipótese de vir para a unidade de urgência médica, porque a cirurgia... a unidade de cirurgia, embora nos tenhamos muita cirurgia, não me estava a captar muito a atenção, e porque eu tinha um bocado de... eu gostava de saber como é que era tratar de um doente, em cuidados intensivos consciente. Porque a maior parte dos nossos doentes... DPCO's, os doentes com Guillain-Barré, como é que era? Hoje já sei bem... se calhar [risos], enfim... Ou iria para o bloco. Deixei isso ao critério dos meus superiores hierárquicos, e eles acharam que deveria vir para aqui, e não estou descontente com isso.		DPCO – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Síndrome de Guillain-Barré – Doença desmielinizante do Sistema Nervoso B1/C1
<b>Investigador</b> – Correspondeu às expectativas o que encontrou aqui?		
<b>Entrevistado 6</b> – Sim, sim. Correspondeu às expectativas.		
<b>Investigador</b> – E que preparação é que possuía antes de vir lidar com um serviço desta natureza?		
<b>Entrevistado 6</b> – Este aqui? Só a preparação que tinha do outro serviço, não é? Foi uma preparação feita... portanto, aqui fiz uma, uma... tinha a preparação que trazia do outro serviço, e foi-me feita aqui uma integração, não é? Três meses em termos de unidade, e mais um mês cá fora nos doentes crónicos, porque nós tínhamos uma unidade com doentes crónicos, de doentes com... que chegaram até aos 15 anos de internamento.		



Entrevista nº 6	Local: HSJ [25-8-06/17h]	Página: 6/17
Transcrição		Observações
<p><b>Investigador</b> – E a integração no serviço serviu como preparação. E agora passando para outro aspecto. Gostava de saber qual é a sua opinião acerca da colaboração existente entre os enfermeiros e neste caso a sua, no âmbito de uma equipa multidisciplinar, e com equipa multidisciplinar estou-me a referir quer a equipa de enfermagem, na sua totalidade, quer aos outros profissionais que trabalham em conjunto dentro da unidade, e incluindo também o doente e família. Portanto, serão todos os envolvidos.</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Bem. Nas equipas multidisciplinares, há sempre uma tendência para que cada classe se... pronto, resguardar dentro de si, e quando um elemento vem de novo... quer dizer eu vou... não foi muito fácil para mim vir para a UUM, porque eu vinha de um serviço em que estava lá há oito anos, ou há sete anos, que na minha opinião tinha passado por todos os patamares, e tinha achado que... pronto, dali não vinha mais nada para desenvolver, já tinha desenvolvido tudo, quer em termos de... pronto, desde integração de novos elementos, de alunos, de chefia, desde de colaboração na gestão, porque o serviço foi mudado e tudo, e então vim para este serviço. Não foi muito fácil porque é... por exemplo, suponhamos, está a quatro degraus e você volta outra vez para o primeiro degrau. Não é nada fácil. E ao princípio é um bocado questionado, não é? Quando a unidade de urgência médica tinha, até uma estrutura física própria, em termos de cuidados intensivos, e tinha um ambiente próprio que eu acho que se deve também muito há estrutura, porque no 10 nós trabalhávamos muito mais em equipa, mais em equipa, quer em posicionamentos, quer em..., e aqui os cuidados são mais individualizados, portanto cada colega tem uma sala para os doentes, portanto há trabalho em equipa, quando o colega tem uma sala mais pesada, e outro mais leve, mas é diferente, quer dizer... é... Ao princípio em termos de equipa de enfermagem, a pessoa... Nas outras equipas, a equipa médica acaba também por colaborar, ela acaba também por colaborar porque... nós já sabemos, ela apoia-se sempre mais nos elementos antigos, não sei se estou a responder bem à questão?</p>		B4/C1
<p><b>Investigador</b> – Siga.</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Em termos dos auxiliares, no início nós tínhamos auxiliares fixos por equipa, e portanto acabavam também por colaborar e às vezes também nos apoiávamos um bocado nisso, pronto... eram pessoas com muitos</p>		

Entrevista nº 6	Local: HSJ [25-8-06/17h]	Página: 7/17
Transcrição		Observações
<p>anos de experiência no serviço, e nas situações, como é que... geralmente em determinada situação como correm as coisas, não é? E portanto, todos eles nos foram dando uma colaboração, e eu fui observando e a partir daí fui... bom, fui fazendo.</p>		
<p><b>Investigador</b> – E como é que é a interligação entre todos esses grupos?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Acho que a interligação é mista, porque... há sempre três grupos aqui que estão constantemente aqui, portanto... Muitas vezes não é fácil porque são 20 pessoas que estão a trabalhar, não é? E quer dizer, e às vezes pode haver conflitos em termos de <i>timing</i>, não é?, mas acho que foi boa, senão não estaria aqui, não é?</p>		B4/C2
<p><b>Investigador</b> – E o papel do doente e família neste contexto?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – O papel do doente e família... também aqui na unidade passou por uma transformação. Eu vinha de um serviço em que o papel do doente e família... bastasse dizer só um aspecto, a família já colaborava... e estamos a falar de há 17 anos atrás, a família já colaborava na alimentação do doente. Portanto, há hora do almoço, já vinham muitos familiares darem alimentação ao doente. E portanto, hoje isso não tem nada de... aliás e a porta do serviço 10 era aberta para a rua, o que permitia um acesso à família diferente do que nos outros serviços, onde elas têm de passar pela porta do hospital, não é? Aqui, a unidade... com os doentes crónicos a família acabava por fazer parte... havia... ultrapassava-se um bocado às vezes até aquele relacionamento profissional, são pessoas que viviam aqui, não é?, tinham aqui o seu marido, ou a sua esposa, ou o seu filho, não é?, e portanto havia uma relação até muito familiar, se calhar até muito familiar. Com os outros doentes mais agudos, há aqui duas componentes: às vezes as situações são tão graves que a família que a família precisa de apoio, mas também... ou não se mostra tanto, ou nós não nos mostramos tanto, como há muitas técnicas a fazer, os enfermeiros se calhar, pronto... eram casos... era um caso diferente, não sei, mas a família fazia parte, e faz, porque lhes eram dados conhecimentos, do que se ia fazer, do que é que acontecia, pronto... e depois isto tudo tem sido um processo, e lá está, se calhar a gente questiona, mesmo em questões éticas, porque é que só há-de ter uma visita, porque é que só há-de ter duas visitas, porque é que há-de ser aquele,</p>		B4/C3

<b>Entrevista nº 6</b>	<b>Local: HSJ [25-8-06/17h]</b>	<b>Página: 8/17</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p>porque não há-de ser aquele, porque é que só há-de ir uma de cada vez, porque é que não se há-de perguntar isto, não é? E portanto eu acho que nestes anos...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Houve alguma evolução?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Como é óbvio. Isto... esta evolução só se dá, por vários factores, por que nós estamos, na minha opinião, estamos constantemente em crescimento e em aprendizagem, não é? E portanto, quer pela nossa formação que vai ser actualizada, pelo complemento, e... pronto, com estes trabalhos todo, e continuamente pelos enfermeiros licenciados, como felizmente tem acontecido, não é?, permite a gente pensar um bocado e reflectir, e mudar de atitudes, porque eu lembro-me perfeitamente que aquela imagem do general ou sargento do enfermeiro que só entrava no serviço quem eles muito bem entendiam, num estado de ansiedade, quer dizer...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Já está ultrapassado.</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Já está ultrapassado, não é?</p>		
<p><b>Investigador</b> – E tendo em conta essas relações que estivemos a falar agora entre os diversos grupos e entre a família e doente, na sua opinião, que factores é que identifica que possam melhorar, ou quais os factores que tendem a piorar essa relação entre todos?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Melhorar pode-se melhorar sempre, não é? Através de mais tempo de disponibilidade, de melhor informação, já se tem melhorado com o alargamento do horário de visitas, portanto será... se bem que nós, a equipa não... aquilo é uma regra que serve para a gente mais ou menos ver, mas que a gente facilmente ultrapassa. Agora o que eu acho é que a tendência é para piorar, muito sinceramente. Com esta vertente economicista e de retirar desde material humano a material físico, acho que a tendência vai ser sempre para piorar, muito sinceramente. Eu não prevejo... alias aqui ainda questioneei, até em termos éticos, a ordem, em relação à privada, porque a privada começou a retirar daqui muito profissionais de saúde, e portanto está-se a trabalhar com muito menos, não é?, quer dizer, como é óbvio há montes de factores que definem isso... porque por exemplo, eu trabalho em diálise há muitos anos, é uma área que gosto muito, em que, pronto, o doente participa no seu dia a dia, no seu tratamento... tem até que participar, não é?, porque os seus cuidados são exigentes, e a família também, e houve reduções drásticas no pessoal nas sacas de diálise, e eu até por uma questão ética, eu informei para que não se disse-</p>		<p>B5/C2</p> <p>B5/C7</p>

<b>Entrevista nº 6</b>	<b>Local: HSJ [25-8-06/17h]</b>	<b>Página: 9/17</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
-se que não se sabia, não é?, e como toda a gente sabe, tem conhecimento que há uma enorme redução de pessoal e tem que se informar para que não haja dúvida.		
<b>Investigador</b> – Então são sobretudo factores económicos?		
<b>Entrevistado 6</b> – Sim, deve-se há economia, não é? Factores economicistas. Em vez de melhorarmos os recursos humanos para aumentar a produtividade, não é? Na minha opinião faz-se ao contrário. Tira-se o pessoal, e depois vê-se o que é que se dá, não é?		B5/C7
<b>Investigador</b> – Agora passando para um bloco relacionado com os aspectos bioéticos. Gostava de saber se, aqui no serviço, se tem confrontado com situações consideradas de dilema bioético. Se sim, que situações são e qual a sua frequência.		
<b>Entrevistado 6</b> – Olhe, olhe, é assim. O serviço é muito intensivista, e há situações que... de manutenção da vida... eu acho que há uma coisa que... a gente deve pensar muito na dignidade da morte, numa morte serena, e a gente também é muito difícil perceber quando é que há-de parar, não é? A ciência tem evoluído e tem trazido aspectos positivos para o homem, mas há outros aspectos negativos, não é?, se a gente realmente salva as pessoas, mas com que qualidade é que se salva e será que essa pessoa, se tivesse hipótese de saber que ficava perante aquela situação, se queria ser sujeita a tanta agressão, não é? No aspecto físico das técnicas, em colocação de cateteres, de cirurgias e isso tudo, quer do aspecto psicológico e social, não é? E isso é uma coisa que nestes novos... neste tempo tem que se interrogar. “Mas para que isto?”, “Mas será que é isto?”, alias tenho-me interrogado profissionalmente e pessoalmente, não é? Lá está, uma participação da família que a gente... enfim, já se começou a ter, não é? A gente temos doentes ligados... 9, 10, 15, 16 anos, ao ventilador, alguns sem qualquer estímulo aparente, não é?, e questiona-se a família, se se devia desligar ou não, se... houve um... antigamente, se calhar não se pensava nisso, não é? Problemas de...		C1/C13
<b>Investigador</b> – Essa pergunta parte de que parte?		
<b>Entrevistado 6</b> – Parte... eu acho que parte... é daquelas perguntas que andam no ar, e que nós discutimos com os médicos, nem que seja em conversa de corredor.		
<b>Investigador</b> – Mas quem é que decide dar o passo em frente?		

Entrevista nº 6	Local: HSJ [25-8-06/17h]	Página: 10/17
Transcrição		Observações
<p><b>Entrevistado 6</b> – Será sempre... há uma comissão... acho que eles tem cá no serviço uma comissão, em que fazia parte pelo menos dois enfermeiros, e quando... portanto eles tem até um papel de procedimentos que... portanto, aplica-se no momento em que se altera e daí... portanto, há outra questão aqui no serviço, é que temos alguma mortalidade, e somos um serviço que, e em termos de colheita de órgãos, não temos expressão nenhuma, não é? Se houver uma por ano, ou uma por... é normal, e portanto, é uma questão que também muitas vezes se levanta, não é?, e que... pronto, pode ser questionada em termos éticos, e isso levanta muito, muito... ainda há uns anos atrás perguntaram a um grupo de enfermeiros se queriam colaborar ou não... e lá está, aqui há uma vertente até em que... “É pá! Desculpem lá, mas eu estou aqui na manutenção da vida. Eu estou aqui a tratar de um ser humano, não estou aqui...”, “Estou aqui a fazer o quê? Estou aqui a cuidar a um cadáver ou a cuidar de um ser humano?”, e portanto eu acho que isso ainda hoje levanta alguns problemas éticos em relação a isso.</p>		<p>D2/C2</p> <p>D2/C2</p>
<p><b>Investigador</b> – E houve alguma altura em que se fez uma pergunta específica para tal situação de uma forma formal?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Não. Temos objectivos em termos... não. Pronto, foram criados grupos de trabalho, em pessoas que trabalhavam lá, para além de termos o interesse de componente económico, como é obvio tem-se o interesse profissional, e é porque aceitam isso, não é?, porque há coisas que não aceitam, e portanto aquilo é uma situação complementar, quem quiser não colabora.</p>		
<p><b>Investigador</b> – E pessoalmente como é que lidou com essas situações?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Diga?</p>		
<p><b>Investigador</b> – Com essas situações que tem enfrentado, as que referiu...</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – É assim. Em termos, em termos das colheitas lidei com isso... pronto, o meu pensamento é que se a gente não pode fazer mais nada por aquela pessoa, aquela pessoa pode fazer mais alguma coisa por alguém, e portanto aceitei sempre a prestação dos meus cuidados, tendo por fim colaborar nisso, fazendo sempre todos os passos e timings que se tem que fazer, não é? Se às vezes, no meio disto há sempre, às vezes, aquela tendência para passar um passo ou outro, a minha posição foi sempre de me opor a isso, não é?</p>		<p>C2/C12</p>

<b>Entrevista nº 6</b>		<b>Local: HSJ [25-8-06/17h]</b>	<b>Página: 11/17</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<p>E portanto estou perfeitamente que... tendo a oportunidade de dar a minha opinião e de intervir, portanto estou perfeitamente consciente em relação a isso. Em relação ao avançado estado que a gente deixa as pessoas ficarem até não conseguir fazer nada, eu dá-me muitas vezes a vontade de manifestar o meu desagrado, e alias não é por acaso que o estou aqui a mencionar, mas a minha posição é quase, ai é quase uma, é só mesmo... portanto tenho a minha opinião, não é? Porque o médico é que diz “Olhe, não avançamos mais com nenhuma técnica dialitica.”, ou “Não avançamos mais para a administração de uma amina.”, ou “Vamos só fazer a manutenção.”, ou vamos fazer mais está ou aquela técnica.</p>			
<b>Investigador</b> – Mas é-vos pedida essa opinião, ou...			
<b>Entrevistado 6</b> – Sim. Eu acho que indirectamente a nossa opinião tem algum efeito, não é determinante, mas é importante.		D1/C33	
<b>Investigador</b> – E ainda relativamente a esses assuntos, passado algum tempo, considera que essas respostas que deu a essas situações vividas, foram as mais adequadas. Agora depois de ponderar... embora já parece ter respondido a esta pergunta.			
<b>Entrevistado 6</b> – Sim, eu penso... pelo menos... realmente nunca me fiquei interrogado em relação a isso de forma a que me sentisse perturbado com isso.			
<b>Investigador</b> – E já agora, que estratégias e condições é que podem ajudar um profissional de saúde a lidar com isso, com estas situações de dilemas bioéticos, na sua opinião?			
<b>Entrevistado 6</b> – Bem, muitas vezes, eu acho que... uma das estratégias é a gente se calhar evitar a situação. Tentar que.. ou não entrar directamente nela, ou então não pensar, abstrair-se. Se a gente não pensar, se a gente não se deixar aproximar, portanto se for uma pessoa fria com um escudo à volta, consegue mais facilmente... Depois a gente começa a pensar na situação ao deixar-se envolver, muitas vezes mistura-se a sua componente profissional com a sua componente pessoal, e portanto há que tentar separa um bocado essa duas componentes, embora elas não sejam... não se consigam separar, não é?, porque enfim, eu sou enfermeiro mas não deixo de ser pessoa, não é?		C3/C4	

Entrevista nº 6	Local: HSJ [25-8-06/17h]	Página: 12/17
Transcrição		Observações
<p>Não posso ser insensível, não é? Mas também tenho que analisar que esta... que a minha sensibilidade vai para além mais do que o senso comum, não é? Também porque eu fui desenvolvido nessas áreas, não é? Portanto acho que fundamentalmente é isso, não é? Ou pensar nas situações, não é?, e analisa-las e depois, com a nossa experiência verificar que perante a mesma situação qual será a medida melhor a... ou que melhor resultado obtemos, não só pessoal, não é?, só profissionais, mas em termos de toda a equipa, englobando o doente e família, não é? Como é óbvio.</p>		C3/C4
<p><b>Investigador</b> – E até que ponto é que acha que esta vivências de dilemas deve ser partilhada?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – As vivências?</p>		
<p><b>Investigador</b> – Sim. As vivências dessas situações.</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Eu acho que as vivências têm que ser partilhadas para a gente trocar experiências, podermos analisar e reflectir e até poder... enfim, voltando à pergunta anterior, dar outra resposta, como é óbvio de uma forma análoga, não é? Portanto eu acho que deve ser partilhado... aliás, muitas vezes elas são, em termos de trocas de experiências, das unidades. Nós quando fazemos as nossas jornadas, nós convidamos sempre especialistas de áreas, onde temos sempre convidado pessoas de fora para partilharmos as nossas experiências, não só... quer dizer... no fundo a gente vira-se sempre para aquelas partes objectivas, técnicas, não é?, isso não há duvida, mas apesar de tudo já se vem analisando a parte psicológica da questão, que mexe connosco, e... com todos nós, não só os profissionais, como os aspectos éticos, não é? Penso que ainda há muito a fazer, como é óbvio, mas já bastante foi feito.</p>		C4/C2
<p><b>Investigador</b> – E ainda relativamente aos aspectos éticos, qual é a importância que atribui à existência das normas e padrões escritos nos serviços e às suas próprias normas, e o possível encaixe entre umas e outras?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – As normas e padrões vão-nos servir para a gente se conduzir, não é? Eu não sou muito a favor de regras, quer dizer, eu acho que as regras servem-nos para orientar, para ter umas linhas de orientação, mas não quer dizer que serva para todas as situações. De uma forma geral a gente deixa entrar três ou quatro pessoas, vem uma pessoa de cada vez para ver o seu familiar, mas se aquela pessoa está sozinha na sala, porque é que não hei-de deixar entrar duas pessoas a acompanhar ou... portanto há</p>		C5/C12

<b>Entrevista nº 6</b>	<b>Local: HSJ [25-8-06/17h]</b>	<b>Página: 13/17</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p>sempre esta vertente de ser português, não é?,mas pronto... então... havendo essas regras em termos éticos, acaba por ser até um bocado mais fácil. Por um lado diz-se “Não, não não. É assim.”, até pode fazer com que a gente não pense muito, não é? Portanto, é ali uma muleta que temos, mas pelo menos já temos alguma coisa, não é? Portanto, se calhar se não tivermos nada, nem pensamos, nem fazemos nada, não é?, mas tendo aquilo já pelo menos fazemos alguma coisa. Eu acho que deve existir, deve existir.</p>		C5/C12
<p><b>Investigador</b> – E se por ventura algumas dessas coisas escritas forem contra aquilo que nós normalizamos, que nós pensamos?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Bem. Isso é muito fácil, não é?, quer dizer, a resposta vai ser muito fácil então “eticamente o serviço é assim, toda a gente faz”, e portanto... os enfermeiros tem um privilégio, eu acho que é um privilégio que é que podem prestar cuidados de enfermagem noutra serviço, não é?, portanto eu sei que estou num serviço que eu sei que vou lidar constantemente com a morte, não é?, eu posso... pronto, se os meus superiores hierárquicos facilitarem, poso ir para um serviço onde não lide tanto com a morte e lide mais com a vida, não é?</p>		
<p><b>Investigador</b> – É uma estratégia?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Sim.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Agora para o último bloco, vou-lhe pedir que pense numa situação vivida e que tenha representado para si um dilema bioético, e mediante essa situação gostava que me dissesse porque é que sentiu confrontado com um dilema bioético.</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – [Longa pausa e risos] Não sei... Essa deve ser a pergunta mais difícil... Não sei... As situações vividas na pediatria foram... são muito gratificantes, mas...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Chegou a ter aqui casos?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Não. Na outra unidade. Aqui não cheguei a ter. Quando vim para cá já não havia casos desses. São sempre situações que a gente pronto... custa, quer dizer custa a nós, não é?, Custa mais um bocado... mas custa na mesma... Não sei, não vejo assim...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Alguma situação...</p>		



Entrevista nº 6	Local: HSJ [25-8-06/17h]	Página: 14/17
Transcrição		Observações
<p><b>Entrevistado 6</b> – Não vejo assim nenhuma situação vivida que me deixe assim... [pausa] que me deixe assim... pronto, sei lá. Eu podia ter deixado a mãe estar mais tempo com o filho, porque se calhar não o iria ver outra vez... palavra que não vejo assim nada... se calhar fui mais agressivo na abordagem... não vejo... porque não... não sei, não sei. Há uma série de passagens de situações vividas que a gente gostava que tivesse outro desfecho, mas por incapacidade...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Mas relativamente às decisões que tomou face a essas situações, essa ou essas que tenha passado...</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Não sei, não sei...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Há assim alguma coisa que poderia ter facilitado... facilitado as decisões que tomou, passado este tempo?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Pode ser que daqui a uma hora ou assim me lembre, mas não há nenhuma que lembre. Se calhar porque também nunca tinha reflectido muito sobre isso.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Bom, relativamente à próxima pergunta, até que ponto é que acha que as hierarquias de poder, chefes, directores, administradores, dentro e fora do hospital, como é que eles nos podem ajudar, aos profissionais de saúde, a lidar com este tipo de decisões em problemas bioéticos? Há alguma forma que considere que nos possam ajudar?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Acho... podem ajudar, podem ajudar... pois... nós temos que estar despertos para eles, não é? E mediante os problemas que a gente tem, pode tentar chamar a atenção, tentar resolver ou dar informação, ou tempo de discussão sobre os assuntos, ou... bem poder actualizar mediante as regras, até as que existem na instituição, determinado tipo de situações de linhas de orientação, aquelas que a instituição conhece, pronto... isto até pode ir mais longe, até pode pensar que... Se calhar “Olhe, se calhar aquele hospital não vou recorrer porque mediante esta situação eles tem esta e esta atitude.”, mas “Se calhar vou recorrer porque tem esta atitude.” Por acaso ainda não se deu esse passo, não é?, mas isto funciona por áreas, e eu... pessoalmente temos uma divisão por áreas, não é? Porque também a gente não os vai buscar lá onde moram, não é? Vamos onde acha que somos bem atendidos, não é?, e portanto, se calhar é uma forma de eles ficarem a pensar e a distribuírem...</p>		D2/C1

Entrevista nº 6	Local: HSJ [25-8-06/17h]	Página: 15/17
Transcrição		Observações
<p>A gente sente que eles não estão tão despertos para estes problemas éticos, como estão para estes problemas imediatos, os números, e os consumos, e as intervenções. Isto não lhes interessa porque não é palpável... Olha eu estive agora aqui a conversar com o familiar uma hora, e essa hora não é considerada. E se calhar os nossos familiares poderiam pensar que podíamos ter mais disponibilidade para isso. Tão simples como isso... Quer dizer, estou agora aqui, não é?, e eu penso que em termos de éticos, e em termos... faz-me pensar, faz-me abordar um tema que se calhar eu não pensava à já não sei quanto tempo, mas se o meu superior hierárquico chegar aqui e “Então você o que é que produziu agora? Nada.” [risos] “Não virou três doentes, não fez isto, não fez aquilo...” Está a perceber?</p>		D2/C5
<p><b>Investigador</b> – Como é que encara a decisão em enfermagem? Como é que a classifica? As decisões que podemos ter ao nível do serviço.</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – As decisões...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Existem, ou não existem...</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Não. Existem decisões de enfermagem totalmente autónomas, não é?, se bem que, neste momento desta entrevista, isso esta numa fase... a gente está a perder muito da nossa autonomia. É obvio que esta autonomia, quer legalmente, quer... ou mesmo eticamente, teve sempre relacionado com os outros profissionais com os quais a gente trabalha, nomeadamente os médicos. A gente também não vai tomar decisões que entre em desacordo com o resto da equipa, não é? Portanto, essas decisões são tomadas de forma autónoma de acordo, ao melhor benefício do doente e portanto, a partir daí...</p>		D2/C3
<p><b>Investigador</b> – Considera que elas existem?</p>		
<p><b>Entrevistado 6</b> – Elas existem, não é?, só que as vezes, claro, que são discutidas, como é obvio, não é? Se não fossem discutidas é que era um bocado de admirar, mas elas existem. E sempre que é visto como uma melhoria no entender de toda a equipa da prestação de cuidados de enfermagem, e da melhoria do doente, e que essa prestação dos cuidados de enfermagem permite uma melhor prestação de cuidados, quer dos auxiliares, quer dos psicólogos, dos dietistas, ou dos médicos, ela é sempre vista com bons olhos, não é? Considero que ela existe.</p>		D2/C3
<p><b>Investigador</b> – Existem alguns actos que...</p>		

<b>Entrevista nº 6</b>	<b>Local: HSJ [25-8-06/17h]</b>	<b>Página: 16/17</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 6</b> – Existe alguns actos que a gente toma e que reflecte, nas reuniões e nas nossas actuações diárias, e que... pronto, alias este problema da família, de poder entrar, ou não poder entrar, o risco, comunica-se, dar a informação pelo telefone, não dar a informação pelo telefone... portanto isto é discutido, quer dizer...		
<b>Investigador</b> – Essa informação telefónica, é feita por alguém especial?		
<b>Entrevistado 6</b> – Nós damos a informação pelo telefone, claro que vai-se conhecer e vai-se saber a forma que deve dizer, e vai-se tentar saber isso, não é? Geralmente como nós, também temos sempre médico, não é?, e lá está, uma das defesas, uma das defesas que é passar a bola, não é? E a gente muitas vezes diz “Ah, vai lá o médico, não é?”, mas ela existe, realmente posso dar informações. Eu tenho conhecimento se está melhor, ou não está, ou está assim, ou está assado, “Foi fazer este exame.”, e tal, “O resultado não veio.”, “Se calhar e melhor não vir às 3 horas, porque não está cá.” Não, existe, existe. O homem vai ser transferido e a gente telefona... existe.		
<b>Investigador</b> – Agora para terminar outro assunto. Se tem conhecimento da existência aqui no serviço, ou no centro hospitalar da existência de padrões de qualidade, normas de padrões de qualidade que estejam a tentar instituir...		
<b>Entrevistado 6</b> – Eles andaram a trabalhar os padrões de qualidade, as normas, os procedimentos, e não sei o quê. É por causa do King’s Fund, não é? É por causa da certificação. Tenho ouvido falar nisso, das auditorias, que vieram cá por causa do espaço do material, do espaço dos doentes, das cortinas...		King’s Fund – Sistema de Acreditação de Qualidade D3/C32
<b>Investigador</b> – E ao nível da actuação de enfermagem perante o doente. Houve alguma alteração por causa desses padrões ou não?		
<b>Entrevistado 6</b> – Sim, sei lá... por exemplo, o carro de urgência. Como é que o carro de urgência tem que estar, tem que ser repostado, a disposição de material, mas eu acho que às vezes os enfermeiros já andam um bocado à frente... a disposição...		D3/C32
<b>Investigador</b> – Se eu estou a perceber, isso já estava feito.		
<b>Entrevistado 6</b> – Já, já. Já havia algumas coisas.		
<b>Investigador</b> – Se eu lhe falar das práticas baseadas na evidência, isto diz-lhe alguma coisa?		
<b>Entrevistado 6</b> – Práticas baseadas... eu já ouvi isso... eu já ouvi, mas não me lembro... não estou a ver agora... não estou por dentro do assunto...		

<b>Entrevista nº 6      Local: HSJ [25-8-06/17h]      Página: 17/17</b>	
<b>Transcrição</b>	<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – Algo mais que gostasse de acrescentar ao tema?	
<b>Entrevistado 6</b> – Não.	

ENTREVISTA 7

<b>Entrevista nº 7</b>		<b>Local: HFF [29-8-06/16h]</b>	<b>Página: 1/16</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b> – Para começar vou-lhe pedir para que me descreva um pouco o seu percurso a nível académico, as suas habilitações literárias, e depois também o seu percurso a nível profissional.			
<b>Entrevistado 7</b> – A nível académico, licencieme... iniciei o curso de enfermagem em 98, no ano lectivo de 98/99, terminei em... estávamos naquela fase de transição bacharelato/licenciatura, e fiz logo o quarto ano complementar para a licenciatura que terminou no ano de 2003. Quanto ao meu percurso profissional, trabalhei no Hospital A, nos cuidados intensivos, na unidade. Era sobretudo cirurgia cardio-toracica, e há 2 anos que... estive lá dois anos e meio, e há dois anos que vim para aqui, e pronto gosto de cuidados intensivos. Aqui é mais abrangente, e pronto.			
<b>Investigador</b> – Esse ano complementar, no fundo um complemento, considera que lhe deu mais algumas competência ao nível de decisão e de ética, já que trabalha em cuidados intensivos ao longo da sua carreira profissional?			
<b>Entrevistado 7</b> – Foi um ano mais, se calhar de um trabalho de reflexão, porque foi um ano que foi adaptado, talvez por ser adaptado ao bacharelato não foi um quarto ano de raiz, criado de raiz e portanto foi um ano que, não só eu mas mais alguns colegas na altura, achávamos que era um ano adaptado, em que tivemos que fazer alguns trabalhos, projecto de curso... essencialmente foram trabalhos de investigação que se teve que fazer, em que se propôs em formar acerca de uma maior reflexão acerca de determinados aspectos de enfermagem. Em termos de ética propriamente dito não... talvez as coisa relacionadas com o próprio projecto em termos de aplicação da satisfação dos enfermeiros em cuidados intensivos, exactamente. Mas o quarto ano em si, em termos de disciplinas não incluía assim muito... era mais virado para a investigação.		A1/C21	
<b>Investigador</b> – A nível de que fornecesse, se é que se pode dizer, autonomia em dar... como é que hei-de explicar... dar bagagem para ser uma profissão mais autónoma, durante o curso, não deu assim nenhuma perspectiva, ou deu?			
<b>Entrevistado 7</b> – Não, não considero que tenha sido por ai que tenha tido mais algum avanço nesse sentido de tomada de decisão ou mais autonomia. Lá está, se calhar		A1/C41	

Entrevista nº 7		Local: HFF [29-8-06/16h]	Página: 2/16
Transcrição		Observações	
com o bacharelato, não tive tanto... não estava... não tinha uma vertente tão importante de investigação, que eu acho que isso também nos dá uma certa autonomia, depois a longo prazo, em fazer investigação em enfermagem, e sendo o quarto ano mais virado para essa questão da investigação, talvez por ai tenha sido adquirido sem... mas não foi especificamente, não estava especificamente virado para assim nos dar uma certa autonomia em termos hospitalar e de decisão.		A1/C41	
<b>Investigador</b> – O trabalho que fez foi ao nível da satisfação da enfermagem em cuidados intensivos, já denotava uma apetência para vir trabalhar par cuidados intensivos?			
<b>Entrevistado 7</b> – Já porque já estava, assim que acabamos o bacharelato, havia já a possibilidade de começarmos a exercer funções e eu comecei nessa tal unidade de cuidados intensivos no Hospital A e dai como estava já a exercer funções em cuidados intensivos adaptei o projecto para que coincidissem onde estava a exercer funções de momento.		B1/C3	
<b>Investigador</b> – Qual é que foi a principal razão que a fez optar por um serviço de cuidados intensivos?			
<b>Entrevistado 7</b> – Primeiro acho que, numa fase inicial da carreira, tentar ganhar mais aptidão para situações de maior stress, de maior trabalho de equipa, fazer toda aquela aprendizagem mais de um doente crítico, de um doente instável, de um doente que precisa de um tratamento mais específico, foi essencialmente isso, para ganhar prática em termos de técnica e de fundamentar os conhecimentos, os conhecimentos que a gente já tinha. E depois ficou o bichinho dos cuidados intensivos. Não me consigo imaginar neste momento a trabalhar numa enfermaria, numa situação em que hoje se encontra o rácio enfermeiro/doentes, não... não me consigo imaginar, porque não conseguiria prestar um serviço de qualidade como sinto que aqui consigo prestar. Em cuidados intensivos, apesar da especificidade do serviço sinto que consigo fazer... consigo me valorizar, enquanto profissional, fazendo o meu trabalho. E numa enfermaria, sinto que talvez não conseguisse... fazia-me imensa confusão chegar ao fim do turno e sentir que não, não consegui atingir os objectivos todos, os meus padrões pessoais de qualidade do meu trabalho, por isso gosto de cuidados intensivos.		B1/C4  B2/C1  B1/C4	
<b>Investigador</b> – Que preparação é que possuía para lidar com um serviço desta natureza?			

Entrevista nº 7	Local: HFF [29-8-06/16h]	Página: 3/16
Transcrição		Observações
<p><b>Entrevistado 7</b> – A formação inicial era só do curso, para além de algumas formações que foram feitas nesse serviço, no próprio serviço onde iniciei. Entretanto optei por ir à procura e tirar cursos de suporte avançado de vida, suporte básico, interpretação de traçado, intoxicações alimentares, doentes com insuficiência renal aguda... curso mais virados para a prática de cuidados intensivos.</p>	B3/C1	
<p><b>Investigador</b> – Agora, no âmbito da equipa multidisciplinar, onde se inclui a equipa de enfermagem, as outras equipas profissionais e onde se inclui também o doente e a família, qual é a sua opinião acerca da sua colaboração nessa amálgama de pessoas?</p>		
<p><b>Entrevistado 7</b> – Qual é que é a minha posição?</p>		
<p><b>Investigador</b> – Colaboração. Como é que é a sua participação profissional no meio... como é que caracteriza a sua participação no meio destes grupos?</p>		
<p><b>Entrevistado 7</b> – É assim, acho que essencialmente, não querendo parecer muito negativa a falar, eu essencialmente vejo que estamos aqui todos para o mesmo, para tratar o doente que precisa de nós que precisa do nosso tratamento, e que precisa de todas essas vertentes, do enfermeiro, do médico, do auxiliar, até indirectamente da empregada da limpeza que faz o seu trabalho. E a minha colaboração é tentar... se calhar nós somos um bocadinho mais... como estamos mais próximos do doente, somos um bocadinho o elo entre as outras equipas e o doente. Há muitas coisas que se calhar nós conseguimos perceber em primeira-mão, e daí a transmitir essas mesmas alterações, a vontade do doente, seja o que for. Tento sempre que haja lidar com os meus colegas e restante profissionais de uma forma diplomática, tentando não... tentar dissipar alguns conflitos que às vezes existem, e tentar que tudo... que as minhas acções e que as acções dos outros sejam sempre direccionadas para conseguirmos o melhor para o doente e não para mais nada, não para satisfação deste ou daquele, para o doente, e tentar discutir determinadas... em relação ao tratamento que se está a fazer, tentar perceber qual é que era a melhor opção para aquele doente... discutir essencialmente, discutir no sentido de falarmos, de trocar ideias e opiniões.</p>	B4/C4	
<p><b>Investigador</b> – E o papel do doente e família no meio desse grupo. Qual é que é?</p>		



Entrevista nº 7	Local: HFF [29-8-06/16h]	Página: 4/16
Transcrição		Observações
<p><b>Entrevistado 7</b> – É assim, eu aqui... acho que aqui a família tem quase uma... uma simbiose com o serviço porque temos um período de visitas extremamente alargado, vai das nove e meia às seis e meia da tarde, e nesse período nós, não havendo mais contra-indicação nenhuma, não havendo nenhum procedimento fora da rotina normal dentro da unidade, deixamos a visita permanecer por curtos períodos mas acaba por permanecer ao longo do dia várias vezes, e portanto nós convivemos muito com a família e com os doentes, estamos ali, fazemos o nosso trabalho, conversamos com a família, conversamos com o doente, acabamos por conseguir estabelecer uma boa relação, e mesmo em termos de ensino para o futuro tentar... na parte da reabilitação que já não passa aqui por nós, não é? Mas pelo menos dar a entender, dar essa perspectiva do que é que será o pós sair daqui, até porque nos outros serviços não pode haver o acompanhamento que aqui há, e então é para as pessoas também saírem preparadas nesse sentido, mas penso que aqui há uma ligação muito boa... entre todos os profissionais e a família, e pronto.</p>		B4/C3
<p><b>Investigador</b> – E a família e o doente, quando é possível, têm uma participação mais activa ou mais passiva?</p>		
<p><b>Entrevistado 7</b> – Não percebi.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Se o papel da família e do doente é tendencialmente mais activa ou mais passiva, perante os cuidados...</p>		
<p><b>Entrevistado 7</b> – O meu papel ou o do doente?</p>		
<p><b>Investigador</b> – Da família e do doente. Com é a posição? Mais activa ou mais passiva mediante os cuidados que são prestados.</p>		
<p><b>Entrevistado 7</b> – Eles tem uma atitude mais passiva, mas eu penso que isso é justificada pelo ambiente que nós temos em cuidados intensivos, acho que isso é... pronto, acho que às vezes há até um certo receio de se movimentarem ao pé do doente, de tocarem no doente, somos nós que temos que incentivar a falar, mesmo com doentes ventilados que não conseguem falar, porque tem outras... tentar criar essas estratégias de comunicação entre a família e o doente, e tentar fazer com que percebam que podem, apesar de estar ligado aquele aparato todo, à maquinaria, a todos aqueles cateteres e fios, que podem tocar nele livremente, tendo só algum cuidado em manusear as ligações que a gente fez.</p>		B4/C3

<b>Entrevista nº 7</b>	<b>Local: HFF [29-8-06/16h]</b>	<b>Página: 5/16</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – E consegue identificar alguns factores que possam influenciar as relações existentes entre a equipa de enfermagem e as outras equipas e também família e doente?		
<b>Entrevistado 7</b> – Classificar?		
<b>Investigador</b> – Se pode identificar. Identificar alguns factores que possam influenciar, ou no sentido positivo ou no sentido negativo, as relações existentes entre as diversas equipas e também as relações existentes entre a equipa de enfermagem e o doente e a família.		
<b>Entrevistado 7</b> – Identificar factores que possam facilitar essa comunicação?		
<b>Investigador</b> – Comunicação, relação, ou outros...		
<b>Entrevistado 7</b> – Eu acho que essencialmente ter um tratamento, uma atitude cordial com a família e com o doente, sobretudo em termos de contacto não cairmos na... naquele estereotipo do... de tratarmos uma pessoa mais idosa como um coitadinho ou ter a tendência de falar mais alto, todas essas... todos esses aspectos mais negativos quando se está a abordar um doente, tentar controlar isso, educando também, sobretudo auxiliares a tentar ter um comportamento, uma linguagem mais adequada, e quer com a família também, quando se esta presente a família tem um discurso mais assertivo em relação a determinados aspectos quer do tratamento, não... tentar, pelo menos isto é uma das coisas que a gente tenta fazer, saber o que é que a parte clínica já contou à família acerca do quadro clínico do doente e tentar que as informações não sejam deturpadas... as famílias às vezes tem um bocadinho o habito de todas as pessoas que apanham junto ao doente questionarem “Como é que o meu familiar está?, Como é que não está?” Tentar que seja uma informação objectiva que é dada à família, portanto tentamos transportar sempre a parte das informações para o pessoal médico, para ser só uma palavra e não estarmos a desviarmo-nos da informação porque depois nem sempre é interpretada da melhor maneira, e são situações às vezes complicadas e tudo.		B5/C1
<b>Investigador</b> – Existe um bom ambiente entre os diversos grupos profissionais aqui da unidade?		
<b>Entrevistado 7</b> – Existe, existe. Há situações pontuais de algumas divergências, mas no geral poderá se dizer que sim.		

<b>Entrevista nº 7</b>	<b>Local: HFF [29-8-06/16h]</b>	<b>Página: 6/16</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – Agora falando um pouco mais sobre os aspectos bioéticos, Gostava de saber se se tem confrontado com situações consideradas de dilema bioético. Se sim quais e qual a sua frequência.		
<b>Entrevistado 7</b> – Não são muito frequentes. Tem existido algumas situações sobretudo quando tem a ver com questões religiosas, nem sempre... pronto, nós também temos que aprender a lidar com situações que não... religiões que não fazem parte da nossa, e portanto temos que aceitar apesar de estarmos, de nos ser incutido que temos de ter determinadas acções em prol do doente, temos que respeitar e essa pessoa tem uma determinada religião e que não permite determinadas coisas, nomeadamente no caso dos Jeovás, ainda há pouco tempo tivemos uma situação em que realmente o senhor acabou por falecer por uma anemia e não querer ser transfundido, acabou por falecer e portanto são situações que nós causam, eu pessoalmente, que me causa sempre um certo transtorno por saber que ali haveria uma hipótese de nós, pela ciência resolvermos o... tratarmos a pessoa em questão e a pessoa por convicção religiosa, recusar esse tratamento, e portanto são sempre questões que mexem com as nossas crenças e com os valores que a gente... que nós temos. Mais situações... Eu penso que questões bioéticas, nem sempre... não tem a ver tanto com ética, tem a ver com questões de maior sensibilidade do que outras, quer dizer situações mais delicadas, a pessoa ser mais jovem... ainda há pouco tempo também tivemos um doente em fase terminal com 18 anos, e portanto optou-se... a comissão de ética do hospital optou por envia-lo para casa e ele poder falecer em casa, são situações que são estudadas pela equipa clínica, por enfermeiros, e são todas ponderadas, e que são resolvidas pela comissão de ética do hospital.		C1/C2 C1/C16  C2/C13  C1/C15
<b>Investigador</b> – Esse percurso que me disse agora, de se ter comunicado e de se ter tido o apoio da comissão de ética, foi feito... portanto, parte aqui do serviço, surge uma situação... e depois, consegue-me orientar em qual o percurso feito? Quem é que dá o primeiro passo? Quem são os envolvidos? Como é que chega lá a informação?		
<b>Entrevistado 7</b> – O primeiro passo... pronto, surge de... sobretudo da avaliação clínica do doente, e mediante isso, que é analisado pela equipa médica, o director		D2/C2

<b>Entrevista nº 7</b>	<b>Local: HFF [29-8-06/16h]</b>	<b>Página: 7/16</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
clínico transporta à comissão de ética que não tenho a certeza dos...está a enfermeira directora, se não estou em erro, alguns elementos da administração do hospital, e o director clínico que neste caso é o nosso director do serviço inclusive, que são responsáveis por essa tomada de decisão. E a parte jurídica também está presente.		
<b>Investigador</b> – A informação chega ao serviço e age-se conforme...		
<b>Entrevistado 7</b> – ... o resultado. Exactamente.		
<b>Investigador</b> – Esse recurso a essa comissão é frequente?		
<b>Entrevistado 7</b> – Não muito. Em dois anos apercebi-me de duas situações. Uma em que havia um problema com a família, era mais até questões burocráticas, e então que se optou... por uma questão de salvaguarda da instituição, levou-se à comissão de ética uns aspectos já não estou bem recordada, mas falaram nisso. Houve esta questão agora, deste rapaz, mas não lhe sei dizer mais nada.		
<b>Investigador</b> – Relativamente a situações que envolvam pessoas mais idosas e que haja o entendimento de prolongar os tratamentos, de prolongar tudo o que esteja em volta do doente no sentido de prolongar a vida sem qualidade. Isso não é frequente aqui? Não acontece?		
<b>Entrevistado 7</b> – Temos situações em que... em que isso acontece. Muitas vezes temos aqui... temos tido, não tão... não é tão invulgar assim, doentes que acabam só por ficar em cuidados paliativos no serviço, em que não há... até hoje ainda não vi essa tomada de decisão de... de haver consentimento por parte de haver consentimento por parte dos familiares de desligarem as máquinas, de fazer... até porque nunca ficou provada a morte cerebral, também. Mas há situações em que é prolongada a vida do doente, só mesmo cuidados paliativos com analgésicos, só... pronto, e temos agora aqui uma situação.		
<b>Investigador</b> – É frequente?		
<b>Entrevistado 7</b> – Acaba por ser. Nós temos muitos doentes do foro respiratório, e já com uma idade avançada e acaba por haver outro tipo de complicações, e acabamos por ter pessoas que dependem de suporte ventilatório até... até ao fim, e portanto, mantêm-se cá, pronto, ficam só com terapêutica de suporte.		
<b>Investigador</b> – Mais alguma situação de dilema?		
<b>Entrevistado 7</b> – [Abana a cabeça dizendo não]		

<b>Entrevista nº 7</b>	<b>Local: HFF [29-8-06/16h]</b>	<b>Página: 8/16</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – Pessoalmente como é que lidou com essas situações?		
<b>Entrevistado 7</b> – Eu pessoalmente tenho sempre tendência a distanciar-me dessas situações, presto...		C3/C4
<b>Investigador</b> – Pessoalmente e profissionalmente.		
<b>Entrevistado 7</b> – E profissionalmente. Pronto, é uma questão de protecção pessoal, e acho que os meus colegas agem da mesma forma também, porque temos de nos proteger destas situações. Lidamos todos seres humanos, não é?, por isso temos de arranjar estratégias de nos defendermos... Numa situação, custa mais a aceitar quando são pessoas mais jovens, de que quando são pessoas mais idosas. E vejo situações... por que às vezes acabam por, se calhar, nem termos tido a oportunidade de... como é que eu hei-de explicar... de ter uma relação tão próxima com o doente, mas sim às vezes até com os familiares. Acabamos por ter uma relação, porque às vezes o próprio doente já não está consciente, e não conseguimos às vezes ter tanto uma relação com o doente, mas mais com a família, e são situações que... e como há também um grande tempo de espera até a pessoa falecer, há sempre também uma preparação da nossa parte, pois já sabemos que a determinada altura pode acontecer, e portanto há uma... há tempo para a gente se mentalizar também que não há mais nada a fazer, só prestarmos cuidados de conforto à pessoa, tentar promover uma morte mais digna possível.		C3/C4
<b>Investigador</b> – E passado tempo dessas situações terem ocorrido, considera que essas respostas foram as mais adequadas?		
<b>Entrevistado 7</b> – Eu penso que sim, portanto... Tal como eu entendo e lido com a morte, considero até a atitude mais sensata.		
<b>Investigador</b> – Consegue desenvolver um pouco mais...		
<b>Entrevistado 7</b> – Porque? Porque acho que queremos estar a prolongar... porque são situações de uma grande degradação a nível físico da pessoa e que acarreta muitas vezes degradação ao nível sensorio ou motor, e neurológico e portanto estar a prolongar... estarmos a continuar a investir num doente de uma idade avançada, já com várias patologias de base, em que já foram feitos vários tratamentos e não resultou, eu pelo menos consigo tentar ver as coisas de uma forma mais prática. Não vamos conseguir nunca recuperar aquele doente para obter a qualidade de vida que teria antes, até porque		C2/C14

Entrevista nº 7	Local: HFF [29-8-06/16h]	Página: 9/16
Transcrição		Observações
às vezes já nem antes tinha qualidade de vida, mas quando ainda tem, termos perfeita consciência de que não vai conseguir, ainda com 90 anos, voltar a ser uma pessoa independente, pelo tipo de tratamentos que já teve, e pelas patologias de base que tem, e por isso é mais fácil perceber dessa forma que a nossa capacidade de resolver aquele problema acabou e que não temos mais nada a dar.		
<b>Investigador</b> – E que estratégias e condições é que acha poderem ajudar um profissional de saúde a lidar com este dilemas?		
<b>Entrevistado 7</b> – Acaba por não... em termos de enfermagem acaba não ser tanto uma decisão nossa, porque tudo tem a ver em termos clínicos... deixarmos de ter uma resposta favorável em termos de evolução clínica, não é?, e portanto a decisão e colocar um doente em cuidados paliativos, e prestarmos os cuidados só de conforto ao doente parte mais de uma decisão clínica do que da parte de enfermagem. Uma preparação para a gente lidar com isso?		D1/C33
<b>Investigador</b> – A pergunta é o que é que poderá haver, no seu entender, que possa ajudar um profissional de saúde a lidar com estes problemas, no seu contexto pessoal e profissional? Que condições? Que estratégias, poderão haver para nos auxiliar a lidar, quando nos vemos confrontados com um dilema bioético? A ultrapassar, obviamente, este.		
<b>Entrevistado 7</b> – Nem sempre as questões são ultrapassáveis. Há situações que ao longo da nossa carreira nos marcaram. Uma situação ou outra, não que tivesse a ver tanto com factores bioéticos, mas...		
<b>Investigador</b> – Mas, desculpe lá, mas mediante essas situações, o que é que poderia haver que a pudesse ter ajudado a ultrapassar essa situação, melhor. Alguma coisa que considere que poderia auxiliar?		
<b>Entrevistado 7</b> – Assim, não estou a ver nenhuma estratégia. São mais estratégias pessoais que cada um adquire ao longo da sua experiência e que traz consigo desde o momento que entra para a enfermagem, em termos de bagagem pessoal, de valores.		C3/C5
<b>Investigador</b> – Ao nível pessoal então... será consoante a personalidade da pessoa a faz reagir perante a situação.		
<b>Entrevistado 7</b> – Exacto. Há pessoas que são mais sensíveis a determinadas situações que outras. Eu tento... eu pessoalmente tento encarar a morte como um		C3/C5

Entrevista nº 7	Local: HFF [29-8-06/16h]	Página: 10/16
Transcrição		Observações
<p>processo da vida e portanto tenho facilidade em aceitar isso quando vejo que realmente não há mais nada que a gente possa fazer por aquela pessoa, portanto, não me deixo facilmente sensibilizar com essas situações porque senão não conseguia continuar a fazer aquilo que faço. Pessoalmente tento ver as coisas de uma forma racional, tento perceber que se não há mais nada a fazer... tentar que situações... que as coisas sejam resolvidas da melhor forma, e a melhor forma nem sempre é prolongar o sofrimento, é deixarem as pessoas terem uma morte digna e a família ter tempo de se despedir e de estar com o familiar nos últimos dias, e de terem tempo de digerir toda esta questão da morte do familiar. Eu estou só a falar na morte, na morte, na morte, não sei se quer...</p>		C3/C5
<p><b>Investigador</b> – Só aquilo que considerar... Estas coisas da bioética encontram-se várias coisas em cuidados intensivos e se há alguma que a marque mais pessoalmente é dessa que falamos, não há problema nenhum.</p>		
<p><b>Entrevistado 7</b> – Sim, eu acho que... até porque lá está, porque pelo menos aqui, e noutras unidades de cuidados intensivos não experienciei assim... tirando quando são questões religiosas, como já lhe disse, é mais esta questão da morte que eu acho que às vezes é mais difícil de transpormos.</p>		
<p><b>Investigador</b> – A sua experiência profissional foi só em cuidados intensivos, até agora? No Hospital A e aqui.</p>		
<p><b>Entrevistado 7</b> – Sim, sim.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Gostava de saber até que ponto é que acha que esta vivência que os profissionais têm de dilemas bioéticos deve ser partilhada, com outros e porque?</p>		
<p><b>Entrevistado 7</b> – Eu acho que nós muitas vezes já partilhamos, não de uma forma formal, mas partilhamos uns com os outros determinadas dúvidas e receios e ansiedades que temos em relação a determinadas situações, mas acho que, no meu entender, deveria se calhar haver, não sei qual a melhor estratégia, mas algum apoio psicológico no sentido de se promoverem reuniões não só entre colegas do serviço, mas entre colegas de outros serviços e a nível hospitalar, fazerem quase grupos de reflexão, reflectirem acerca de determinados... determinados aspectos em relação a outros profissionais, em... aos doentes, em relação a...</p>		C3/C2

<b>Entrevista nº 7</b>	<b>Local: HFF [29-8-06/16h]</b>	<b>Página: 11/16</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
talvez até a alguma insatisfação que muitas vezes possa surgir na prática das nossas funções. Falar acerca disso, talvez fosse uma forma, uma estratégia.		C3/C2
<b>Investigador</b> – Acha então importante?		
<b>Entrevistado 7</b> – Acharia sim, até porque às vezes nós quando estamos... pelos menos aqui verificamos algumas situações em que... pronto, estamos mais... há uma determinada situação que nos impressiona mais, que nos... que mexe mais connosco e... portanto inconscientemente falamos uns com os outros, tentando apoiar e tentar reflectir acerca disso... “O que é que poderia ter sido?”, e chegarmos à mesma conclusão muitas vezes que muitas vezes não é fácil tomar uma decisão mas tem que ser tomada, apesar de acharmos sempre que ainda há uma possibilidade. Já muitas vezes também nos aconteceu dar-mos quase situações como perdidas e de repente termos surpresas agradáveis, há sempre... eu penso que essencialmente, pelo menos neste momento, em enfermagem, acabamos por desabafar uns com os outros, mas não há se calhar mais nenhuma estratégia de tentar lidar com situações mais delicadas.		C4/C2
<b>Investigador</b> – E relativamente à existência de normas e padrões escritos, e às normas e padrões pessoais de cada um de nós, qual é que é a importância que atribui à existência destes dois componentes separados, quer dos escritos, quer dos pessoais?		
<b>Entrevistado 7</b> – Normas para...		
<b>Investigador</b> – Normas de actuação, padrões, coisas escritas que nos dêem direcções e indicações para agir perante uma situação, por um lado. E por outro as próprias normas e padrões inerentes à própria pessoa, enquanto pessoa e enquanto profissional. Gostava de saber qual é a sua opinião acerca da importância da existência dessas normas escritas, e depois da confrontação que pode haver entre as escritas e as nossas próprias normas.		
<b>Entrevistado 7</b> – Eu acho que qualquer serviço e qualquer órgão tem que ter normas de actuação e procedimentos de... porque se assim não fosse haveria uma certa anarquia. Até hoje ainda não me deparei com nenhuma situação em que me apetecesse quebrar o protocolo ou quebrar determinadas regras. Acho que sempre... ou fui muito felizarda, sempre... as situações sempre foram resolvidas com muito bom senso e		C5/C11



<b>Entrevista nº 7</b>		<b>Local: HFF [29-8-06/16h]</b>	<b>Página: 12/16</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
respeito, pelos outros, pelo doente, por todos aqueles que envolve os cuidados de saúde, nunca houve assim uma situação que... e acho que as normas são essenciais para a gente funcionar todos de uma forma homogénea. De outra forma, nem penso que seria eficaz funcionar dentro de um serviço de saúde.		C5/C11	
<b>Investigador</b> – Vou apelar à sua imaginação. Se houvesse algo que fosse contra as suas normas, como é que pensaria ultrapassar essa situação?			
<b>Entrevistado 7</b> – É assim, nós podemos sempre demonstrar o nosso ponto de vista, e acho que essencialmente é necessário é sabermos argumentar o porque de não estarmos de acordo com determinada situação, de determinada decisão, de determinada norma, e há sempre... temos sempre uma margem de manobra de flexibilidade. Podemos sempre contornar as coisas, mas a decisão não é nem pode ser só tomada por nós, tem de ser tomada por nós essencialmente. Tudo o que diz respeito ao doente tem de ser por nós e pelo médico, agora temos é de ter a oportunidade e flexibilidade de poder discutirmos isso com o médico e em conjunto, mesmo que a gente tenha que se reportar às nossas chefias para em conjunto tentar resolver da melhor maneira.		C5/C3  D1/C33	
<b>Investigador</b> – Este hospital está indexado aos critérios de qualidade, existem normas feitas de modo que cumpram certos requisitos para obter o certificado de qualidade. Encara... ou seja, houve alguma influência dessas normas que foram feitas superiormente, na actuação in loco perto do doente, pelo enfermeiro. Houve alguma obrigação, alguma alteração à nossa forma de agir que seja derivada dessas normas de qualidade?			
<b>Entrevistado 7</b> – Sinceramente, não. Sinceramente nesse momento penso que... a minha opinião pessoal é de que estamos a perder muito os padrões de qualidade, e estamos a ver muito uma instituição de saúde... portanto está-se a dirigir muito uma instituição de saúde como uma empresa, porque em primeiro lugar está o aspecto quantitativo, os aspectos económicos e depois vem a qualidade, a suposta qualidade aos cuidados do doente. Isso vê-se no decréscimo de pessoal disponível, nomeadamente enfermeiros onde foram cortados... houve vários cortes em termos de enfermeiros... de enfermagem no hospital.		D3/C22	



Entrevista nº 7	Local: HFF [29-8-06/16h]	Página: 14/16
Transcrição		Observações
<p><b>Entrevistado 7</b> – Em termos de decisões... saber... tentar comunicar com o doente por forma a perceber... tentar perceber até mais... numa dessas situações tentei aproximar-me mais do doente e tentar perceber a convicção dessas crenças. Não me cabe a mim estar a mudar a crença de ninguém, nem a religião de ninguém, mas tentar, para minha... para o descanso da minha consciência, tentar aperceber melhor as convicções de uma pessoa que recusa determinado tipo de tratamento, sabendo que isso vai levar à morte. Tentar perceber essas convicções para perceber melhor, e para lidar melhor com essas situações. É a única decisão possível, porque mais não podemos fazer. E depois lidar com a família para tentar que haja... normalmente às vezes até acaba por ser mais problemático. O estado de saúde do doente agrava-se rapidamente e portanto às vezes acaba por ser mais complicadas... os familiares sabendo de todas as questões aceitarem que não há mais nada a fazerem, apesar de saberem o porque, aceitarem que não há mais nada a fazer, mas às vezes há que tentar dar-lhes mais algum apoio. Nesse sentido são as nossas decisões.</p>		D1/C2
<p><b>Investigador</b> – E que factores é que identifica que poderiam facilitar essa decisão... podem facilitar essa decisão nessas situações?</p>		
<p><b>Entrevistado 7</b> – É difícil... isto são situações que... não há no fundo nenhuma tomada de decisão, não é? Portanto a tomada de decisão é, dar algum conforto ao doente e à família. Não há nenhum factor que pudesse melhorar isso, a não ser a gente saber comunicar melhor com as pessoas, mas isso está intrínseco, acaba-se por aprender a lidar com essas situações e se calhar a primeira vez com que me deparei com a situação lidei de uma forma se calhar mais fria mais... fria não no sentido do tratamento ao doente, mas se calhar distanciei-me mais porque não sabia lidar com a situação. Se calhar a ultima vez que me aconteceu isso já tive mais... como lhe disse tive a tentar perceber melhor que convicções são estas.</p>		D1/C31
<p><b>Investigador</b> – Já agora também gostava de saber até que ponto é que considera que as hierarquias que estão no poder de decisão, os chefes, os directores, os administradores, quer do hospital quer de fora, até ao nível ministerial, põem auxiliar na forma como os profissionais de saúde lidam com este problemas?</p>		



<b>Entrevista nº 7</b>		<b>Local: HFF [29-8-06/16h]</b>	<b>Página: 16/16</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<p>consegue ver o enfermeiro no início do turno e no final, não é?,isso levanta algumas questões éticas: Qual é que é o acompanhamento que esse doente está a ter em termos de enfermagem, não é? E muitas vezes acontecem situações onde se chega tarde demais por decisões que foram tomadas por quem não está no terreno propriamente dito.</p>			
<p><b>Investigador</b> – Se eu lhe falar numa coisa que é a denominada práticas baseadas na evidência, isso diz-lhe alguma coisa?</p>			
<p><b>Entrevistado 7</b> – Práticas...</p>			
<p><b>Investigador</b> – Práticas baseadas na evidência.</p>			
<p><b>Entrevistado 7</b> – Na evidência?</p>			
<p><b>Investigador</b> – Nunca ouviu falar?</p>			
<p><b>Entrevistado 7</b> – Não.</p>			
<p><b>Investigador</b> – Mais alguma coisa que gosta-se de acrescentar ao tema?</p>			
<p><b>Entrevistado 7</b> – Não.</p>			

ENTREVISTA 8

<b>Entrevista nº 8</b>		<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 1/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
<b>Investigador</b>	– Esta primeira parte serve mais para caracterizá-la ao nível do seu percurso académico, e do seu percurso profissional, portanto ao nível de habilitações o que é que possui?		
<b>Entrevistado 8</b>	– Tenho o bacharelato em enfermagem. Também interessa a escola?		
<b>Investigador</b>	– Não. Basta só caracterizar...		
<b>Entrevistado 8</b>	– Tirei o curso em Março de 96 e comecei a trabalhar em Abril de 96, no serviço A, e em Novembro de 2001 vim aqui para a UUM, é o meu percurso. Não trabalho em duplo, não trabalho noutra sítio, é só isto.		UUM – Unidade de Urgência Médica
<b>Investigador</b>	– Portanto a sua actividade resume-se à medicina e aos cuidados intensivos.		
<b>Entrevistado 8</b>	– Sim.		
<b>Investigador</b>	– Tem o bacharelato em enfermagem?		
<b>Entrevistado 8</b>	– Sim, só.		
<b>Investigador</b>	– Ainda não tirou a licenciatura. Tem interesse especial em tirar ou não?		
<b>Entrevistado 8</b>	– Enfim. [risos] Depende, se mudarem os moldes, sim. Um ano inteiro a estudar, não. Se puserem por unidades, ou por... ai sim. Neste momento é complicado.		
<b>Investigador</b>	– É do seu conhecimento como é que o complemento é realizado? Se tem algum interesse ao nível das temáticas que são lá abordadas.		
<b>Entrevistado 8</b>	– É mais virado para áreas de gestão e investigação, por aquilo que percebo, pelos colegas que vão fazendo, e eu realmente não era bem essa a minha... o meu interesse. Eu gostava de fazer uma especialização, mas numa área mais virada para o cuidado e não tanto para investigações e assim, mas realmente se passar por ai, e se mudarem os moldes, porque eu acho que não é feito para pessoas que tenham uma vida mais complicada. Passar um ano a estudar é uma loucura. Pronto, e é só mais por isso.		A1/C31
<b>Investigador</b>	– Portanto... há quanto anos certos é que está em cuidados intensivos?		
<b>Entrevistado 8</b>	– Faz em Novembro 5 anos.		
<b>Investigador</b>	– E qual é que foi a principal razão que a levou a trabalhar para unidades de cuidados intensivos?		
<b>Entrevistado 8</b>	– Já estava há muito tempo em medicina, apesar de gostar muito, precisava de algo mais. Não é que me sentisse atraída pelas máquinas pois se é um sítio que		B1/C1

<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 2/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
até me faz muita confusão a falta de diálogo com os doentes...e também consegui ultrapassar isso, porque eles acabam por dialogar de outra maneira, mas acabei por achar que outra enfermaria não, SO não... pronto acabei por achar que passava por aqui.		SO – Serviço de Observação na Urgência
<b>Investigador</b> – Foi essa a principal razão?		
<b>Entrevistado 8</b> – Sim. E nunca tinha estagiado em cuidados intensivos. A minha escola não se usava muito isso. Nunca tinha experimentado.		B1/C1
<b>Investigador</b> – Veio para cá, digamos que de pára-quadras.		
<b>Entrevistado 8</b> – Sim [risos].		
<b>Investigador</b> – Não tinha nenhuma ideia do que é que seria isto, antes?		
<b>Entrevistado 8</b> – Já cá tinha vindo. Já cá tinha vindo ver doentes, e já cá tinha vindo trazer doentes, portanto... A partida nem sequer era uma unidade, a nível de ambiente, que fosse muito boa, era muito mal falada, mas pronto...		
<b>Investigador</b> – Mesmo assim escolheu vir. E que preparação é que possuía ou acabou por possuir para lidar com este tipo de serviços?		
<b>Entrevistado 8</b> – Preparação médica?		
<b>Investigador</b> – Disse-me que durante a escola não teve a oportunidade de trabalhar em cuidados intensivos...		
<b>Entrevistado 8</b> – Mas tive que estudar.		
<b>Investigador</b> – Sim, mas como é que criou a sua base de conhecimentos para trabalhar para aqui?		
<b>Entrevistado 8</b> – Tive que pedir uns livros emprestados de cuidados intensivos, outros comprei, e foi... fui investigando hemodiálise, ventilação, tudo aquilo que era necessário que eu não tinha grandes conhecimentos. Tinha alguns conhecimentos da escola, mas tive que aprofundar muito mais.		B3/C1
<b>Investigador</b> – Foi uma autodidacta, no fundo?		
<b>Entrevistado 8</b> – Sim.		
<b>Investigador</b> – Não procurou nada de formal em formação?		
<b>Entrevistado 8</b> – Não, não, não. E fui perguntando e sabendo por mim própria.		B3/C1
<b>Investigador</b> – A prática também foi importante?		
<b>Entrevistado 8</b> – Claro, sem dúvida.		
<b>Investigador</b> – Agora, para além da equipa onde está inserida, da equipa de enfermagem, da equipa... no meio das outras equipas profissionais, e também falando do		



Entrevista nº 8	Local: HSJ [30-8-06/11h]	Página: 3/21
Transcrição		Observações
doente e família, como é que classifica, ou como é que caracteriza a sua colaboração no meio desta gente toda?		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Às vezes sinto-me assim um bocadinho a lutar contra a maré, porque acho que ainda estamos, pelo menos aqui, eu espero que noutros sítios já não seja assim, já tivemos pessoas empregadas noutros cuidados intensivos e que já tem uma mentalidade muito mais aberta com colegas, doentes e visitas. Aqui ainda se encontra muito o não estar na sala quando está a visita, ou não estar... não deixar entrar visitas aquelas horas porque não dá jeito e eu acho que nós se quisermos, conseguimos combater sempre isso, é uma questão de organizar o trabalho e às vezes não é tanto pelo trabalho, já é mesmo por ser assim, e é assim e já é muito difícil de, de... olhe, de mudar de ideias, muitas vezes. A nível de equipa médica também... vieram uns médicos novos que já trazem outra ideia, portanto esta sala é sempre usada para receber os familiares, quer seja para dar as más notícias, quer seja para conversar sobre o doente, sobre os antecedentes e tudo, já é muito usada, já há uma certa flexibilidade e eu já sinto... mesmo a nível dos nossos colegas, também já se nota nos colegas mais novos, e nalguns que já cá estão há alguns anos, uma certa abertura. Às vezes eu sinto-me assim um bocadinho como naquela de tentar lançar água fria na fervura... Aconteceu na semana passada um caso de um senhor que pediu autorização para cá vir às onze e meia, só que é nesta sala que eu lhe estava a falar que é muito complicada, e o senhor... não o deixavam entrar, e no dia a seguir o senhor estava quase a chorar, que tinha medo que a esposa achasse que ele não vinha porque não queria, e ele esteve aí uma hora de manhã ou mais, porque não a conseguiam entubar, e entretanto depois foi chamado a atenção porque o horário foi combinado com aquele senhor e com a colega da sala, só que a outra colega da sala já não gostou... pronto, às vezes isto é muito complicado e tem que se andar a fugir de um lado para o outro, para tentar ser um ponto de consenso. Não é que eu goste muito de conflitos.</p>		<p>B4/C1</p> <p>B4/C2</p> <p>B4/C1</p>
<p><b>Investigador</b> – E essa organização, considera que deve partir por parte, em conjunto com os doentes, ou então pode ser uma coisa que seja...</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Hierárquica?</p>		
<p><b>Investigador</b> – Sim.</p>		

Entrevista nº 8	Local: HSJ [30-8-06/11h]	Página: 4/21
Transcrição		Observações
<p><b>Entrevistado 8</b> – Essa posição hierárquica já é assumida. A nossa chefe apoia que não se inibam de entrar visitas, só se se tiver a por um cateter, ou a fazer uma outra intervenção, mas de outra forma não percebe porque é que não se há-de combinar connosco uma hora, que não seja problema, que a pessoa não possa dar um olhinho, que não possa entrar um bocadinho, ou estar até mais tempo. Pronto. Portanto, as pessoas é que às vezes ainda não interiorizaram isso muito bem, não é?</p>		
<p><b>Investigador</b> – E consegue idealizar algo que facilite essa mudança de ideias? Consegue arranjar uma solução para esse problema?</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – É complicado... Às vezes costumo dizer, e é um bocado maldade, as pessoas quando passam pelas situações, depois dão-lhe um bocadinho mais de valor. Dá-me ideia que há pessoas que nunca passaram pela situação de ter alguém internado e não conseguem ver... ou que provavelmente tem as portas abertas por serem profissionais de saúde e é mais fácil. Não quero estar a julgar, mas pode acontecer muita vez e a verdade é que é um desespero as pessoas estarem lá fora e não puderem saber e dizerem “Não podem entrar para a cama tal.”, e não explicar que não é com ele, não explicar porque, as pessoas ficam muito ansiosas. Ainda por cima isto é um meio que quando se entra na sala é um pavor, não é?, quanto mais se forem ansiosas. Também percebo o nosso lado, é muito complicado às vezes. Nós às vezes não chegamos para aquilo que nos solicitam, e ainda estará a pensar que está lá fora as visitas, nem sempre se consegue fazer isso... já faz parte da rotina, como já não se pensa, portanto quando se pode também já não nos lembramos.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Mas a equipa é assim tão renitente a aceitar as mudanças?</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Mais ou menos. Nem todos o são. Eu acho que isto é assim em todo o lado.</p>		
<p><b>Investigador</b> – E relativamente ao papel do doente e da família no meio deste leque de pessoas? Como é que o doente e a família estão inseridos no meio da... no contexto dos profissionais de saúde? Qual é que é o grau de participação que o doente e a família podem ter neste ambiente?</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Qual é que podem ter ou qual é que tem?</p>		
<p><b>Investigador</b> – Para já pode ser o que tem e depois...</p>		

Entrevista nº 8	Local: HSJ [30-8-06/11h]	Página: 5/21
Transcrição		Observações
<p><b>Entrevistado 8</b> – Acho que neste momento tem muito mais. Há uma grande preocupação... agora há uns cartazes com umas letras para os doentes que não conseguem falar... pronto, que não conseguem, mas estão conscientes e orientados, e às vezes conseguem comunicar através daí. Acho que já há um papel... o doente já está mais... pronto já se vê nos doentes. Eu acho que mesmo assim ainda podemos envolver mais a família, apesar de ser cuidados intensivos e às vezes não dá mesmo, quando o doente está muito mal, quando os doentes passam para uma fase de recuperação podia-se envolver muito mais desde que a família se tivesse resposta, e às vezes não estão porque nós também não chegamos, e às vezes chegamos e eles não estão mesmo dispostos, portanto tem que se ver todas as situações. Mas eu acho que neste momento está melhor. Consegue-se perceber muito mais aquele problema, e tem-se muito mais cuidado... tem-se mais cuidado. Só que realmente há pessoas eu não tem... passa por coisas simples. Há bocado estávamos a fazer os pensos da senhora, e passa pelo facto de a senhora estar consciente e de estarmos a conversar outras coisas que a senhora não estava interessada, ou estava com dores, ou... passa por aí. E acho que temos cada vez mais atenção, eu acho que nesse aspecto estamos melhor... e é essa a situação porque é por eles que estamos cá, não é? Se não houvessem eles não estávamos aqui. A família não está muito, muito envolvida, mas também acho que nós até podemos... a nossa unidade é dividida em duas partes, que é a dos intermédios e a dos agudos, e na parte dos intermédios temos lá dois elementos que já os classificamos quase como crónicos, na cama com ventilador, tem a sua patologia, mas não é que tenham mais nada. E nesse aspecto já se é mais permissivo, as famílias já se envolvem mais permanente, vem de manhã se quiserem, podem vir logo.</p>		B4/C3
<b>Investigador</b> – Há uma participação maior, portanto?		
<b>Entrevistado 8</b> – Sim, sim. Nos intermédios sempre houve bastante, na parte dos agudos é que mais ou menos.		
<b>Investigador</b> – E acha que há vontade por parte das famílias, quer por parte, neste caso do enfermeiros a interagir entre uns e outros?		
<b>Entrevistado 8</b> – Acho que há mais vontade, nota-se muito mais vontade do que há uns anos atrás. Das famílias tem de ser... às vezes não temos é disponibilidade para avaliar caso a caso.		B4/C3

<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 6/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p>Há pessoas que até tem estrutura para conseguirem estar... intervir de alguma forma mais... não sei. Já ensinei uma vez um familiar a aspirar o doente, e o familiar... há pessoas que não tem mesmo estrutura e pedem mesmo se temos que aspirar quando do estão presentes. Portanto há uma série de coisas que afecta alguns... e depois é que não temos se calhar tempo... não sei para fazer essa avaliação, porque às vezes há familiares que se nota que ficam incomodados quando nós fazemos alguma coisa, enquanto que há outros que antes pelo contrário, querem saber porque, o que nós estamos a fazer e porque estamos a fazer, é nestes casos que se deve,, apostar mais um bocadinho, e explicar, não custa nada.</p>		B4/C3
<p><b>Investigador</b> – E tendo em conta essas relações que existem, que falamos agora, que factores é que identifica que podem influenciar positiva ou negativamente essas relações?</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Factores?</p>		
<p><b>Investigador</b> – Que podem ajudar, ou o que é que existe que não ajuda a melhorar essas relações.</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Por parte de nós, profissionais, muitas vezes o excesso de trabalho, confesso que às vezes é muito complicado e até situações de emergência... pronto que acabam por acontecer com estes doentes, e estamos muito virados para aquilo que está a acontecer ao doente e realmente acabamos por nos esquecer da família, se ela está lá fora, ou seja o que for. Muitas vezes também a rotina, que também se estabelece. Muitas vezes isto pode acontecer e já não estamos despertos em envolver um familiar. Da parte dos familiares isto é muito assustador. A pessoa chegar aqui e ver assim um seu familiar cheio de tubos e fios e ligado às máquinas, já à partida já é um bocado... eu por exemplo, lembro-me na medicina de nós chegávamos a ensinar os que iam para casa entubados, e por vezes vinham prestar os cuidados de higiene connosco, depois vinham alimentá-los pela sonda, perceber que a sonda não estava... Portanto eram uma série de cuidados que iam ter em casa que obviamente tinham de os saber aprender primeiro, só que não assustava tanto as pessoas, porque chegavam, viam o doente e levavam a pessoa assim para casa, portanto tinham que ter, assim formação para conseguir, pelo menos prestar cuidados e faze-lo o melhor possível. E aqui é muito diferente porque os cuidados prestados</p>		B5/C2  B5/C5

<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 7/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p>é muito mais técnico às vezes, e as pessoas não sentem que tem capacidade e até se assustam um bocadinho e ver assim o doente... e às vezes até tem medo de se chegar. Alguns nem chegam mesmo ao doente, nem falam, tem tanto medo de falar, a pessoa está a dormir, está sedada. Tem medo de atrapalhar, de falar e a doente ficar agitada, e às vezes nós não estamos muito atentos a isso, e poder perceber que aquela pessoa está com nervos...”Eu posso ajudá-la?”, ou... às vezes estamos ali e prontos.</p>		B5/C5
<p><b>Investigador</b> – Essa vertente de ensinar a família, de ter atenção aos ensinamentos, era algo estipulado pelo serviço, era algo promovido por parte dos enfermeiros, era indicado por alguém?</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Não, era estipulado pelo serviço, portanto tínhamos uma chefe lá que era muito dinâmica, depois... acontecia também que era avaliado caso a caso. Eram pessoas que estavam entubadas e de repente começavam a comer oralmente e já não necessitavam. Mas nós quando víamos que a situação ia arrastar-se que não irião ter... aí sim, desde que tivessem... as famílias, também a hora das visitas era muito prolongada, e as próprias pessoas podiam perguntar, “Quer dar de comer?”, ou “Quer ajudar?”, a própria família às vezes... pronto, também estava numa medicina de homens e as mulheres são assim muito mais prestáveis, “Quer ajuda?”, “Quer ajuda a virar?”, e não tem mal nenhum, porque depois a seguir também vai precisar e porque não ensinar? E pronto, também era caso a caso. Não era estipulado a todos os doentes que tínhamos de por a família a... não. Era mesmo quando era solicitado, ou quando víamos que era necessário.</p>		
<p><b>Investigador</b> – E agora falando de outros aspectos relacionados com a bioética. Gostava de saber se se tem confrontado com situações consideradas de dilema bioético? Se sim quais, e qual a sua frequência?</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Portanto...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Situações aqui do serviço, neste cinco anos que está cá ...</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Já tivemos... isto é mesmo só para si?</p>		
<p><b>Investigador</b> – Só. Esteja descansada.</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Tivemos aqui em mais do que uns casos, muitos doentes ventilados, e tivemos aqui doentes ventilados 15 anos, é capaz de ter ouvido os casos, daquela senhora que costumava falar na televisão. Entretanto tivemos dois deles que estavam em estado</p>		C1/C13

Entrevista nº 8	Local: HSJ [30-8-06/11h]	Página: 8/21
Transcrição		Observações
<p>vegetativo permanente: estavam sempre ventilados, alimentados pela sonda, necessitavam de posicionar, e um dos casos que mais me impressionou foi um senhor que a nível físico se degradou completamente desde... mesmo assim não temos um grande nível de escaras em doentes que estão muito tempo connosco, mas aquele senhor já tinha feito muitas aminas também e tinha começado logo a escariar, e apesar dos cuidados intensivos não houve uma recuperação, e posso-lhe dizer que a nível de... que me custava muito porque era mesmo uma degradação humana, portanto eu ia lá, prestava... auxílio muitas vezes os cuidados de higiene de manhã quando não tenho hemodiálises, e ia lá muitas vezes também, porque era um senhor assim obeso, e desde estar lá a ferida criar, estar a perder bocados, ao pavilhão auricular, estar a perder... prontos, era mesmo uma degradação muito grande. E pôs-se a questão com a família de desligar do ventilador e colocar em atmosfera húmida, e deixar o senhor seguir. E como é óbvio na altura senti... é claro que isto foi todo um processo acompanhado com a família que tinha capacidade para isso, foi feito e foi um processo que demorou muito. E o filho também era um católico praticante e então ele fez um percurso muito engraçado, e eu ao mesmo tempo também fiz um percurso porque... eu não intervi nada, só mesmo no serviço é que falamos com a nossa chefe, e quem cá estava que estava de escala connosco, os chefes de equipa e... a decisão não passou por mim, mas eu própria também cheguei a um consenso comigo própria, porque na verdade eu sentia que não deveria, não deveria ser feito nada ao senhor que provocasse a morte, no verdadeiro sentido da palavra, visto que acredito que pode haver sempre uma hipótese e que não devemos ser nós a tomar essa decisão. Por outro lado, toda a degradação que eu via no senhor e sabendo que ele não ia recuperar, não é?, que era fácil de ver que não era possível, me punha um bocadinho contra esta minha decisão, e também fiz um percurso. Olhe fiz um percurso que andei a informar... acabei por ler o consentimento informado... aí o consentimento informado. A decisão da comissão de ética, umas partes daquele documento, acabei até por também falar com um padre meu amigo... porque a verdade é que as pessoas não tem mesmo noção do contacto das coisas que vivemos aqui, muitas vezes com a degradação que se vive durante sete anos uma pessoa aqui e sempre ventilada que acaba por morrer não é? E as</p>		C1/C13

<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 9/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p>peças não têm noção nenhuma. E então acabei por chegar a um consenso comigo própria, e encontrar uma certa paz interior, percebi que estas coisas completamente na minha mão não estão, não era eu que ia dizer “Olhe vamos desligar esse senhor.” O percurso foi feito pela família e pelo filho que fez um percurso humano portanto até aceitar o que é que se podia fazer ao pai, e que o pai já não tinha mesmo hipótese nenhuma de voltar à vida propriamente dita. E que entretanto o meu papel é tirar o melhor possível que eu sei da pessoa que eu tenho ali, independentemente de eu achar que já não está ali ninguém. Pronto. E de fazer mesmo o meu papel. Ora acabei por encontrar um grande dilema... andei por ai uns tempos um bocadinho perturbada pessoalmente porque sentia que estava a ir um bocadinho contra aquilo que eu acredito, mas depois percebi que não estava a ir completamente contra aquilo que eu acredito. Se eu acredito que as pessoas são chamadas para morrer, que é a hora delas, também acredito que há pessoas que intervêm e que felizmente muitas vezes nessa hora acabam por não morrer e outras vezes intervêm e também fazem bem, porque nós nunca sabemos por antecipação o que se passa ou não, e mas que outras vezes também é humano. Se calhar também já tinha sido a hora de morrer o senhor antes, e nós já tínhamos actuado. Pronto, olhe acabei por encontrar assim. Foi o único que foi... andei quase assim uns bons meses, ainda... a pensar nisso, e depois encontrei assim a resposta.</p>		C1/C13
<b>Investigador</b> – A decisão foi partilhada entre todos, então?		
<b>Entrevistado 8</b> – Não. A decisão, nós fomos ouvidos a nossa opinião, mas não tinha...		D1/C33
<b>Investigador</b> – Quem estava presente?		
<b>Entrevistado 8</b> – A enfermeira chefe, daqui, e os médicos também, que acompanharam o caso.		
<b>Investigador</b> – Acabaram por decidir de uma forma mais partilhada...		
<b>Entrevistado 8</b> – Sim, se chegasse a altura e o senhor falece-se deixava-se... e pronto, e a família estava presente nessa altura e o filho.		D1/C33
<b>Investigador</b> – Ele também participou na decisão?		
<b>Entrevistado 8</b> – Sim, sim. Ele entrava também. Ele contava... é engraçado. Ele fez o percurso, e também com um padre amigo, visto ser praticante, e que percebeu que o pai já tinha sido chamado a morrer antes, e que portanto,		D1/C33

<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 10/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
aquilo não era mais do que... do que... é muito complicado. E cada vez vai ser mais, porque com estas tecnologias nós felizmente muitas vezes intervêm-se e na maior parte dos casos, uma grande percentagem. Outras vezes acabam por ficar aqui anos e anos sem hipótese nenhuma, sem... e não há nada que legisle a nível do... é um bocadinho o bom senso e a consciência de cada um.		D1/C33 D1/C32
<b>Investigador</b> – Disse-me que acabou por ler um parecer por parte da comissão de ética. Que comissão de ética era?		
<b>Entrevistado 8</b> – Nacional.		
<b>Investigador</b> – O hospital não tem um gabinete de ética, uma comissão?		
<b>Entrevistado 8</b> – Eu penso que eles terão dado um parecer, mas que na altura remeteram para... já não sei para quem... eles remeteram um parecer, mas para quem foi?... Talvez para a comissão de ética nacional.		
<b>Investigador</b> – Esse gabinete é consultado muitas vezes?		
<b>Entrevistado 8</b> – Aqui foi desta vez, tanto que foi... a primeira parte do parecer do estado... do gabinete dizia que dada a situação do hospital no caso... pronto, de um doente em estado vegetativo permanente que não se... isto foi há dois anos talvez, nem isso, talvez nem há dois anos... e que permitia chegar a um qualquer parecer que no fundo é isto mesmo, é a conciliação, se se puder conciliar entre as partes profissionais e a família, se puderem intervir com todos é mesmo isso... é impossível algo do género “Faça-se isto.” Ou... é um parecer, não é? E foi assim o caso mais complicado.		D2/C2
<b>Investigador</b> – Mais complicado...		
<b>Entrevistado 8</b> – Fez pensar.		
<b>Investigador</b> – Imagino. Continuando com a conversa, gostava de saber factores então considera que poderiam ajudar nas decisões que tomou, nessa situação?		
<b>Entrevistado 8</b> – Estar mais esclarecida. Acho que muitas vezes nós estamos... eu não estava, nem tinha ideia nenhuma sobre... nem sequer sabia que isto podia acontecer, mesmo como profissional... Pronto, as pessoas estarem acamadas anos e anos, mas respirarem sem necessitarem de nenhum auxílio, isso é do sendo comum. Agora nestes casos assim, fez-me... acho que é mesmo a falta de conhecimentos, um bocadinho. O que acontece na realidade e depois nos apoios, o que é que há para tomar algumas decisões, ou para perceber o que é melhor que tipo de... decisão é melhor tomar nas outras vezes.		



<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 11/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – Há outras situações que tenham, que sejam comuns aqui na unidade? Que considere como dilema bioético. Que levantem algumas dúvidas?		
<b>Entrevistado 8</b> – Às vezes posso pensar em doentes com que se tem a decisão de não investir muito, mas eu nem sequer ponho essa hipótese aqui na unidade porque eu acho que... também não sinto que seja um defeito, mas na verdade investe-se muito, investe-se demais muitas vezes. Quando nós estamos a ver que não dá mesmo e continua-se a investir e a investir, e a dar drogas no máximo, e pronto. Mas eu também penso que se fosse alguém meu, eu preferia que fizessem isso a não fazerem nada e deixarem a pessoa morrer, pronto. E então eu acho que aí, quando tomam mesmo uma decisão, aqui acredito sempre que é mesmo a melhor decisão, porque eu se que é feita até... até à exaustão às vezes.		
<b>Investigador</b> – E as decisões que são feitas por...		
<b>Entrevistado 8</b> – Não é nossa. É médica		
<b>Investigador</b> – O nosso papel, nesse contexto, acha que... como é que acha que se encaixa nessa decisão, se podemos como enfermeiros, se fazemos por participar nessas decisões?		
<b>Entrevistado 8</b> – Não é a primeira vez que quando há esse tipo de decisões está presente o chefe de equipa nessa decisão. Não lhe sei dizer se tem um peso muito grande para a decisão que é depois tomada, mas eu até acho que já é tida mais em conta... isto agora sabe que também estamos numa época de mudança muito grande. E as coisas não tem sido muito fáceis, na unidade médica, mesmo na unidade de enfermagem, com as pessoas mais velhas a irem embora e as mais novas a chegar, e houve assim uma quebra durante assim uns meses em que isto teve assim... uma quebra, já não... acho que já não há interação entre os grupos... pronto. Também na altura o director dava-se bem com a nossa chefe, e ela contraria algumas vezes, e ele já não gosta dela, e portanto a coisa é mesmo assim, quer dizer... é uma certa maneira de falar. E a coisa ficou... já não existe tanto essa partilha... e chamar também o enfermeiro da sala, o enfermeiro chefe de equipa ou quem esteja para tomar decisões, neste momento.		D1/C33
<b>Investigador</b> – Disse-me que houve uma mudança de pessoal, então?		

<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 12/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 8</b> – Foi uma mudança, mas uma mudança gradual. Já cá esta um chefe de equipa que já cá está há alguns anos.		
<b>Investigador</b> – Na integração de elementos novos ao serviço há uma diferença de...		
<b>Entrevistado 8</b> – Há muitos elementos novos...		
<b>Investigador</b> – Quer da parte médica, quer da parte de enfermeiros?		
<b>Entrevistado 8</b> – Da parte médica, faleceu agora um médico que já cá estava há uns anos... mas entretanto vem sempre uns internos. E vieram também dois médicos novos, mas ai acho que só vieram dois...para melhorar, pelo menos é o que nós sentimos. Da parte de enfermagem, nesse momento, está um bocadinho instável, e da parte médica, neste momento só cá está um médico mais velho com mais dois internos.		
<b>Investigador</b> – E considera essas mudanças de atitudes e de actividades... a responsabilidade disso é a vontade, é uma nova mentalidade profissional, ou outra coisa?		
<b>Entrevistado 8</b> – A insegurança também, muitas vezes... pelo menos sinto isso, mesmo a nível médico. Muitas vezes nós estamos na sala com médicos mais novos e às vezes já nem vou dizer as coisas a ele, porque... dizer ao médico que está com as salas todas, às vezes é um bocadinho rebuscado e pronto há uma certa insegurança. Mas pronto, mesmo a nível de enfermagem também há um bocadinho de insegurança, com elementos novos e pessoas que já estavam aqui muito... não quer dizer que seja negativo, às vezes acho que não pois pode ser bem positivo, neste caso de integrações as coisas podem ser complicadas mas depois pode ser a seguir uma fase assim melhor, lá está. Mas que é difícil era.		
<b>Investigador</b> – Então essa insegurança faz com as pessoas se fechem um bocadinho e acabam por não interagir.		
<b>Entrevistado 8</b> – É.		
<b>Investigador</b> – Mais alguma coisa a acrescentar?		
<b>Entrevistado 8</b> – Não. Não. Se eu tiver a fugir vá dizendo porque se começando a falar nunca mais me calo.		
<b>Investigador</b> – Não. Isto é como as cerejas... andamos aqui a saltar de temas e já perdi o rumo...		
<b>Entrevistado 8</b> – Faz favor de agarrar.		
<b>Investigador</b> – Isto até assim é melhor...Bom gostava, apesar de já ter abordado este assunto, gostava de saber como é que lidou com essas situações que ocorrem na sua		

<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 13/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
actividade profissional. Analisar como viveu essas situações que me falou quer outras que possa neste momento estar a lembrar. Como é que lida com essas situações?		
<b>Entrevistado 8</b> – Como é que eu lido depois interiormente, como é que eu lido...		
<b>Investigador</b> – Pessoalmente e profissionalmente.		
<b>Entrevistado 8</b> – Profissionalmente... Eu tenho uma maneira de... eu independentemente daquilo que esteja a passar, penso sempre que tenho que cada dia que venho não é?, tenho que chegar aqui e dar o meu melhor, portanto naquilo que estiver a fazer. Portanto as coisas eu tenho que as resolver... não posso andar aqui... portanto eu andei bastante tempo com aquela... com a angustia contra mim própria, mas acabo sempre por resolver as questões, não deixo questões pendentes, mesmo estava-lhe a dizer agora de um curso dos conflitos, um curso do CEF, dos conflitos, e descobri que eu não sou muito geradora de conflitos, gosto mais de... e que muitas vezes acabo por me calar e que nem devia, mas acabo sempre por resolver as situações, nunca... acabo sempre de encontrar uma maneira de... nem que seja falar com as pessoas, seja o que for... mesmo conflitos diários de opiniões diferentes, seja o que for, acabo sempre por resolver. É claro que se calhar há dias que me custa mais um bocadinho, enfim, porque há coisas que não estavam resolvidas, ou por que foi agressivo, ou porque me respondeu assim, ou porque... pronto, mas... como é que eu as resolvo?		CEF – Centro de Educação e Formação  C2/C13
<b>Investigador</b> – Não é como é que as resolve. Como é que lida... quando surge uma situação dessas, de dilema, haverá alguma reacção da sua parte aquilo que encontra, nos casos que falou, do doente que esteve cá muitos anos, nos doentes em que são prolongadas as terapêuticas, e noutros casos que até possam surgir ao lidar diariamente no seu quotidiano profissional. O que quero saber é como é que naquela situação, naquela altura lida com essas situações?		
<b>Entrevistado 8</b> – Há várias maneiras. Se eu vir que na altura se pode falar e dizer... eu geralmente não gosto de dizer logo na altura, porque as pessoas estão a quente dizem-se coisa que não se devem, pronto, acabo por me calar, muitas vezes. Mas depois tenho de encarar aquilo e dizer mais calmamente e falar sobre o assunto. O que acho é que às vezes somos demasiados permissivos e deixarmos passar algumas coisas e depois é culpa nossa		

Entrevista nº 8	Local: HSJ [30-8-06/11h]	Página: 14/21
Transcrição		Observações
<p>que elas voltam a acontecer, não é? Surgiu agora... aqui há pouco tempo uma situação com um médico daqui que... eu já o conhecia lá de cima da medicina, portanto já havia um certo relacionamento, pelo menos de empatia e mais de convívio até. E entretanto, por duas vezes assisti esse médico a ser mal-educado, não foi para mim mas eu estava a ver, uma foi aqui na sala de hemodiálise com outro médico e outra foi para mim e para mais duas colegas que estávamos a tratar de uma doente... aqui a dor também às vezes é um bocadinho... os doentes com dor não são assim muito bem entendidos, eu acho que eles aqui só analgesiam um bocadito, doentes cirúrgicos e tudo... analgesia às vezes nem por isso ou muito pouca, às vezes a prestar cuidados ou assim, com o doente com esgar de dor, para passar é preciso abordar com insistência... mas isso não interessa muito. E então eu intervim nesse caso eu fui chamar o médico e ele depois entrou aos gritos, a doente estava consciente, e depois vai uma das vezes ele tinha vindo trabalhar exaltado e foi desagradável. E eu por acaso fui aguentando porque também já havia um certo conhecimento e até me estava a custar aquilo, apesar de ele às vezes ser assim com as outras pessoas, mas pronto, estava-me a custar um bocadinho aquilo e eu acabei por falar com ele, e eu depois pedi-lhe para conversarmos e eu disse-lhe que prontos... para já que era uma falta de respeito porque eu nunca o tinha tratado assim, e depois que eu achava que ele não andava... se não andava bem tinha que tentar orientar-se de outra maneira, e não descarregar para cima dos outros, pronto, acabei por dizer as situações todas em que ele... as situações que tinha... elas eram assim espaçadas, uma semana cada uma talvez... e que achava que chegava, agradecia que não fizesse mais porque senão teria de tomar outro tipo de atitudes. Pronto e a verdade é que ele na altura não disse nada, acho que ele até foi apanhado de surpresa, mas depois umas horas mais tarde foi pedir desculpa e disse que não voltava a acontecer, e que realmente ando ou não ando, não interessa, mas pronto. Disse-lhe se precisasse de alguma coisa que eu lhe possa ajudar tudo bem, agora este tipo de atitude não. E na verdade isto já foi há uns dois meses e a verdade as coisas estão... Mas eu tenho a sensação que se não tivesse dito na altura, provavelmente isto iria continuar, e acho que eu também o ajudei a melhorar a atitude com as pessoas, porque ele próprio percebeu que andava... pronto, nós às</p>		

<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 15/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
vezes somos importantes, e também é bom quando... também me dizem isso a mim, quando ando assim mais, mais refilona ou quando faço alguma coisa mal, gosto que as pessoas venham dizer porque... Não sei se... já trabalhou fora de escala?		
<b>Investigador</b> – Não.		
<b>Entrevistado 8</b> – Os fora de escala tem assim uma má fama... nunca ouviu falar? Que não fazem nada. Aqui... cá dentro... aqui como na medicina eu acho que não é nada disso. Porque muitas vezes até são pessoas que tem que andar a tratar de outras coisas que nós a cuidar de doentes cuida, não é?, os papéis, as medicações, os materiais... que eu nem gosto, não gosto nada daquilo, mas às vezes também tem que ser, quando calha a minha vez também tenho que ser eu.		
<b>Investigador</b> – Só conheço a situação quando a pessoa está de ajudas, por assim dizer, sem ter doentes atribuídos acaba por fazer mais do que os outros que estão com doentes atribuídos.		
<b>Entrevistado 8</b> – Trabalham muito mais do que os outros que tem uma salinha. Eu digo, tomara ter uma salinha com os meus doentinhos... e pronto, eu ao princípio lidei muito mal com isso andavam sempre a dizer “Pronto, agora não vais fazer nada.”, fazia-me mesmo muita confusão, porque eu acho que a pessoa... às vezes o trabalho não é visível mas não quer dizer que esteja aí sentada a ver televisão. Para já nem fumo... nem sequer às vezes quando estou de sala, nem sequer saí para fumar um cigarro, porque não fumo, portanto... e então, no início lidava um bocadinho mal com isso, e também já aprendi porque eu ficava muito preocupada com as críticas e entretanto já aprendia a seleccionar também... não sei se é bom se é mau, mas já percebi que às vezes há críticas de algumas pessoas que pronto, não se pode ouvir, nem mesmo... outras não. Houve uma pessoa que ficou um dia muito triste comigo porque eu acho que não lhe falei logo de manhã, uma colega nossa. E eu estava muito aflita porque tinha que ir apresentar o serviço ao salão nobre e tinha que perante a directora e mais não sei quem falar sobre a UUM. Ora eu que nunca tinha ido falar sobre a UUM a lado nenhum estava muito nervosa, e não lhe falei mas também não lhe contei porquê. Portanto às vezes há umas falhas de comunicação, e ela depois passou por mim e disse “Olha só agora é que te vi.”, e ela nem respondeu. E aquilo caiu mal porque ainda por cima tenho		

<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 16/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<p>uma boa relação com ela, bem nem imagina. Tive que andar quase uma hora à volta dela “Diz lá o que é que tens?”, “Diz lá o que é que tens?”, e ela “Porque tu hoje de manhã só me viste à hora do almoço, e eu já tinha passado por ti e disse bom dia...”, e pronto eu acho que as pessoas não querem às vezes é conversar, porque isto tudo se resolve “Olha estava muito nervosa porque fui apresentar a sessão... e aquilo nem correu assim tão bem e estava muito nervosa, porque ia buscar alunos de Viseu para conhecer a unidade.”, e pronto... olhe foi engraçado porque eu pedi desculpa, claro, e ela também pediu desculpa porque não sabia o que é que... isto às vezes são as falhas de comunicação e nós às vezes até temos tempo de expor... e se eu não tivesse dito “Olha, diz-me lá o que é que eu fiz?”, se calhar ainda agora andávamos chateadas por uma coisa parva, não...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Isso vai de encontro, um pouco ao que eu ia-lhe perguntar agora que é: que estratégias e que condições é que podem ajudar um profissional de saúde a lidar com os dilemas? Engloba um bocado a relação profissional com os colegas, mas quando se vê face a dilemas bioéticos, mais uma vez, que estratégias e que condições é que considera que podem ajudar um profissional a ultrapassar essas situações?</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Que estratégias?... Ora bem... só faz perguntas difíceis...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Estou cá para isto.</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Obrigado.</p>		
<p><b>Investigador</b> – Se imagina alguma coisa que possa ajudar os profissionais de saúde a lidar com estas situações que são difíceis... que são difíceis de enfrentar? Alguma coisa que possa tornar essa dificuldade?</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Eu acho que uma das estratégias é manter sempre a verdade e sentir bem em conversar sempre sobre as coisas, pronto. Se as coisas aconteceram, mesmo que não seja aquele doente que eu disse, acho que é mesmo manter a verdade e falar sobre as coisas, não andar aqui a... ou fingir que não aconteceu, ou deixar de falar com aquele porque ele não se identifica, não. Isso para mim não faz sentido. Eu em Janeiro que tivemos a reunião dos chefes de equipa, com os chefes e as fora de escala, as que não fazem nada tivemos... apercebi-me que às vezes acontece, mesmo dentro das equipas coisa que não são conversadas, se calhar porque nem... uma equipa de 12 pessoas é uma equipa difícil de gerir, as pessoas</p>		C3/C3

Entrevista nº 8	Local: HSJ [30-8-06/11h]	Página: 17/21
Transcrição		Observações
<p>são muito diferentes... e depois haverem uns grupos, não uns grupos de formação, até com o apoio de... Nós já tivemos quando foi aquela doente de 15 anos, umas pessoas... tivemos apoio de um psicólogo... podia haver um espaço em que as pessoas pudessem dizer... Nós tivemos cá, por exemplo, uma doente que foi amputada, de 35 anos, que foi amputada de braços e as pernas, e isto impressionou muito as pessoas, porque reviam-se muito, porque é mais ou menos a idade de muita gente, punham-se muito no papel dela, e depois quando ela acordou passou uma semana a chorar, e foi muito pesado, mas nunca ninguém falou nisto abertamente, quer dizer, iam falado ao ouvido uma da outra “Ai isto custa-me tanto”, pronto. Era bom que houvesse um espaço onde as pessoas pudessem falar um bocadinho sobre as coisas e até mesmo também como é que eu posso ajudar a doente. Havia pessoas até que no início até tinham algum medo de chegar ao pé dela, como é que iria ser a relação, e pronto. Nós realmente a esse nível descuramos muito a nossa parte... o nosso interior também, depois cada um... eu espero cada um depois faça o que pode, não é? Mas depois em conjunto trabalhamos muito mal esse aspecto, e às vezes até de nos martirizar um bocado, mas ninguém fala a ninguém... não sei se isto tem volta a dar, mas eu acho que conversar sobre as coisas e... não sei se é isto...</p>		<p>C3/C3 C3/C2</p>
<p><b>Investigador</b> – Sim, se é o que acha. Mais alguma coisa que possa pensar?</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Não sei... e depois...eu falo por mim, às vezes estudo pouco, vejo pouco, vou ler pouco sobre as coisas, sobre as situações, o que é que nos pode apoiar, o que é que não nos pode apoiar. Acho que isto também é... era importante. Haver uma investigação... não aquela investigação do complemento, do mestrado, mas uma investigação sobre os casos, sobre o que queremos saber. E essa rapariga, por acaso andei a ver na Internet, num site... uma associação de doentes amputados, por acaso podíamos trazer alguém que tivesse uma situação parecida, até para ajudar para ver se esse alguém, por exemplo, já andava, o que já fazia para lhe mostrar, mas também não havia grandes apoios, o site era brasileiro. Portanto também falta um bocado de informação às vezes, e tentar ultrapassar as situações com isso. E pronto, não sei mais.</p>		<p>C3/C1</p>

<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 18/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Investigador</b> – Agora gostava de saber, no seu ponto de vista, até que ponto é que a vivência destes dilemas devem ser partilhadas?		
<b>Entrevistado 8</b> – A partilha sim. Partilho-as aqui em determinada relação com colegas, com quem me sinto mais à vontade, e partilho-as em casa também. Acho que até tem umas luzes, quem não está na área, até podem surgir umas ideias diferentes, não é? E porquê. Porque o facto de eu as partilhar... eu quando estou a contá-las quase que já as estou a resolvê-las, a perceber o que eu posso fazer e o que eu não posso fazer. Depois não estou a guardá-las para mim tornam-se muito mais pequenas, não é?, pronto. Se eu guardo para mim “A pensar nisto, e a pensar nisto...” não... tornam-se muito mais pequenas porque são partilhadas. Depois porque a outra pessoa pode ter sempre uma ideia que nós ainda não pensamos. Pronto.		
<b>Investigador</b> – Para terminar este bloco gostava de saber qual é que é a importância que a existência de normas e padrões escritos, e a existência de normas e padrões pessoais, profissionais no domínio da bioética?		
<b>Entrevistado 8</b> – Acho que é muito importante. A partir do momento que estabelecemos o protocolo das visitas, as pessoas tiveram muito mais atenção, a falar com os familiares, a entregar o guia de acolhimento, uma palavra, pronto. Mas porque está escrito, tem os passos todos, portanto está tudo escrito, está posto em cada sala, as pessoas foram alertadas e ficaram mais despertas, portanto só o facto de às vezes de haver normas faz com que nós estejamos mais despertos para as coisas, são as nossas obrigações não é? É para isso, é para a bioética é para tudo. Heparinizar os cateteres, há uma norma, a partir daí começou a cumprir-se, pronto, porque as pessoas estão despertas.		C5/C12
<b>Investigador</b> – No caso da bioética existe alguma norma, por exemplo aquela que foi escrita pela comissão nacional, a existência dessa normas considera-as importantes, considera-as que são... portanto a sua existência implica a sua aplicação integral ou são indicadores, ou...		
<b>Entrevistado 8</b> – São uma ajuda. São uma ajuda. Não são leis, são uma ajuda...		C5/C12
<b>Investigador</b> – São guias...		
<b>Entrevistado 8</b> – São guias, acho que são.		
<b>Investigador</b> – E os seus próprio valores, as suas próprias normas...		



<b>Entrevista nº 8</b>	<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 19/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>
<b>Entrevistado 8</b> – São muito importantes.		
<b>Investigador</b> – E quando elas entram em conflito?		
<b>Entrevistado 8</b> – Olhe, faço como fiz da outra vez, tento resolvê-las.		
<b>Investigador</b> – Procura os mecanismos ideais para resolver a situação.		
<b>Entrevistado 8</b> – Sim e tento procurar as pessoas que eu acho que me possam ajudar.		
<b>Investigador</b> – Através de uma mistura da partilha, da informação...		
<b>Entrevistado 8</b> – Um bocadinho disso tudo.		
<b>Investigador</b> – O que importa é resolver o problema.		
<b>Entrevistado 8</b> – Mas tenho que arranjar... se calhar foi um bocadinho por recurso à igreja, não posso dizer que a minha decisão, que a minha opinião no fim tenha ficado contra, mas fiquei bem com isso, e isso é que é importante, é o que conta. Desde que eu tenha conseguido, porque no fundo sou eu que estou aqui a viver todos os dias o que vivemos e tenho que encontrar alguma coisa que...		D1/C31
<b>Investigador</b> – O que estou a tentar perceber é qual é o mecanismo que as pessoas têm para resolver esses problemas, não estou a julgar acções.		
<b>Entrevistado 8</b> – Não, estou-lhe só a dar um exemplo, que mesmo assim a pessoa tem que se encontrar dentro do que é possível, o melhor.		
<b>Investigador</b> – Está aqui vou-lhe fazer na mesma, apesar de já ter incluído nas respostas anteriores, mas gostava que pensasse numa situação vivida por si, que representasse um dilema bioético. Se calhar para complementar um pouco mais as respostas que a bocado não foram tão direccionados, e gostava de saber porque é que se sentiu confrontada com um dilema bioético?		
<b>Entrevistado 8</b> – Porque é que me fez sentir? Fez-me sentir porque no fundo ia ser tomada uma atitude que com a qual eu primeiro não concordava, e foi isso que me...		D1/C1
<b>Investigador</b> – OK. E as decisões que tomou, pode-me caracteriza-las um bocadinho? Naquele contexto, naquela situação, consegue-me identificar as decisões que tomou. Decisões que tenha tomada nessa situação?		
<b>Entrevistado 8</b> – Que tenham sido decisões para mim ou para o doente?		
<b>Investigador</b> – Para si e para o doente.		

Entrevista nº 8	Local: HSJ [30-8-06/11h]	Página: 20/21
Transcrição		Observações
<p><b>Entrevistado 8</b> – Então as decisões que tomei foi, as que tenha tomado, foi: contei o caso ao meu marido, contei e ele depois também me disse que “Olha porque é que não vais falar com padre X, porque é que não lhe contas.” e telefonei, acabamos por jantar e acabei por falar com ele. Ele também não tinha noção... acabei por lhe contar uma série de coisa, de vivências que ele não tinha noção, mas depois também me ajudou a perceber isto mesmo que eu lhe disse, que devia encontrar um concílio entre as duas coisas, mesmo que isso fosse de encontro a uma ou de... tinha que encontrar. Depois fui procurar informação, fui procurar qual era o parecer da comissão de ética, e o que é que estava escrito sobre o assunto. Depois fui-me englobar da história da família, o percurso do filho... acho que foi um percurso muito... e nós na altura ficamos muito impressionados... ele era uma pessoa muito franca e humana e ia dizendo as coisas, foi muito giro. Até a nível médico, as pessoas que parecem mais frias, estavam mais envolvidas um bocadinho, estavam assim, um bocado... mais emocionadas. E depois foi perceber o que é que eu tinha que fazer para ali, que era continuar a fazer as coisas que o doente precisava, e pronto.</p>		D1/C2
<p><b>Investigador</b> – Essas decisões foram facilitadas por alguma coisa?</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Eu acho que não foram dificultadas, portanto...</p>		
<p><b>Investigador</b> – Para terminar gostava de saber até que ponto é que considera que as hierarquias de poder, os chefes, directores e administradores, quer do hospital, quer reguladores da actividade, podem... em que sentido podem nos auxiliar a nós profissionais de saúde a lidar com este problemas bioéticos?</p>		
<p><b>Entrevistado 8</b> – Eu acho que eles nos podem ouvir. Ouvir alguém que tem... eu acho que as pessoas não tem noção do que é que se passa nos serviços, quais são as dificuldades, até mesmo uma coisa estúpida, porque é que às vezes comprar uma coisa mais barata para nós e para o doente não é benéfico. Se as pessoas quisessem... eles não querem porque lhes custa imenso gastar dinheiro, mas se quisessem podiam perceber o porque algumas atitudes, porque as pessoas não tem noção, mesmo quem está um nível mais acima não sabe o que é que se passa. Era só quererem saber. Pois era tentar perceber... depois quando tem familiares internados é para o Hospital A, tem uma vida melhor... eu não quero dizer com isto que acho mal</p>		D2/C1

<b>Entrevista nº 8</b>		<b>Local: HSJ [30-8-06/11h]</b>	<b>Página: 21/21</b>
<b>Transcrição</b>		<b>Observações</b>	
ou acho bem, eu acho é que as pessoas não têm noção porque não passam pelas coisas que os outros pessoas passam.			
<b>Investigador</b> – Vivem então num mundo à parte onde estão protegidos da realidade?			
<b>Entrevistado 8</b> – Sim. Quando estão em SO não ficam cinco horas à espera... podem ouvir falar, mas é diferente do que saber mesmo, não é? Eles podiam não ir aos sítios, mas podiam ouvir quem lá está.			
<b>Investigador</b> – Existe algum sistema de padrão de qualidade que esteja em funcionamento no hospital?			
<b>Entrevistado 8</b> – Eu acho que agora há, porque nós fomos sujeitos a uma auditoria para os níveis de qualidade, mas agora deu-me uma branca, mas sei que agora há e para o serviço também há. Agora cada serviço tem de ter um dossier com protocolos... e eu penso que há mas agora não me lembro.		D3/C32	
<b>Investigador</b> – É recente essa situação?			
<b>Entrevistado 8</b> – Terá começado o ano passado. Não havia mesmo nada, pelo que eu percebi.			
<b>Investigador</b> – Não notou então nenhuma alteração na maneira de lidar com os doentes, devido a essa certificação?			
<b>Entrevistado 8</b> – Não, não. No dia que eles cá vieram o serviço estava mais arrumado, e é só. Mas não, não houve assim repercussões.		D3/C32	
<b>Investigador</b> – Se eu lhe falar em práticas baseadas na evidência, isto diz-lhe alguma coisa?			
<b>Entrevistado 8</b> – Não.			
<b>Investigador</b> – Mais alguma coisa que gostasse de acrescentar?			
<b>Entrevistado 8</b> – Não.			

**ANEXO V**

**Grelha da análise dos temas**

<b>Tema</b>	<b>Categorias</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Sub-Sub-Categorias</b>
<b>Caracterização</b>	<u>A1-Habilitações literárias</u>	C1-Diferença entre países	
		C2-Vantagens da licenciatura	C21-Abordar temáticas esquecidas ou pouco trabalhadas
			C22-Mudança de imagem e de atitudes profissionais
		C3-Desvantagens da licenciatura	C31-Não aplicação prática dos conteúdos aos cuidados
			C32-Não valorização profissional
		C4-Habilitar sobre ética e decisão	C41-Teoria
			C42-Dificuldade teoria/prática

<b>Tema</b>	<b>Categorias</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Sub-Sub-Categorias</b>
<b>Cuidados Intensivos</b>	<u>B1-Razões para exercer em UCI</u>	C1-Razões profissionais	
		C2-Pré-concepções de UCI	
		C3-Formação escolar inicial	
		C4-Condições de trabalho	
	<u>B2-Diferença entre serviços</u>	C1-Diferenças entre UCI e enfermarias	
		C2-Diferenças entre UCI	
	<u>B3-Preparação adquirida para exercer em UCI</u>	C1-Formação específica	
		C2-Preparação académica	
		C3-Experiência profissional anterior	
		C4-Integração no serviço	
	<u>B4-Dinâmicas das equipas em UCI</u>	C1-Equipa de enfermagem	
		C2-Com outros profissionais	
		C3-Entre doente e família	
		C4-Enfermagem como elo de ligação	
	<u>B5-Factores influentes nas relações entre equipas</u>	C1-Postura profissional	
		C2-Disponibilidade	
		C3-Ambiente de trabalho	
		C4-Conflito	
		C5-Resistência à mudança	
		C6-Estrutura organizacional	
		C7-Económicos	

<b>Tema</b>	<b>Categorias</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Sub-Sub-Categorias</b>
<b>Bioética</b>	<u>C1-Dilemas Bioéticos</u>	C1-Identificação dos dilemas	C11-Morte cerebral
			C12-Doação de órgãos
			C13-Dúvida/Prolongamento da vida
			C14-Consentimento informado
			C15-Características dos doentes
			C16-Religião
		C2-Frequência	
	<u>C2-Gestão da Situação Vivida</u>	C1-Sentimentos	C11-Dúvida
			C12-Benefício/Malefício
			C13-Angústia/Choque
			C14-Impotência
		C2-Depois ponderação	
	<u>C3-Estratégias para Lidar com Dilemas Bioéticos</u>	C1-Formação/Informação	
		C2-Grupos de ajuda	
		C3-Dialogo aberto	
		C4-Distanciamento	
		C5-Pela experiência	
	<u>C4-Partilha de Dilemas Bioéticos</u>	1-Resolução de problemas	
		2-Estabilidade emocional	
	<u>C5-Importância das Normas e Padrões</u>	C1-Concordância com as normas	C11-Como bem fundamentadas
			C12-Guias
C2-Exceções às normas			
	C3-Em caso de conflito		

<b>Tema</b>	<b>Categorias</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Sub-Sub-Categorias</b>
<b>Decisão</b>	<u>D1-Characterização das decisões</u>	C1- Porque foi um dilema	
		C2- Que decisões foram tomadas	
		C3- Factores que facilitem a decisão	C31- Informação
			C32- Documentos legais/escritos
			C33- Opinião/Partilha da decisão
		<u>D2-Hierarquias</u>	C1- Comunicação/Debate
	C2- Comissões de ética		
	C3- Poder de decisão		
	C4- Descentralizar/Centralizar a decisão		
	C5- Economia		
	<u>D3-Auxiliares de decisões</u>	1- Práticas Baseadas na Evidência	
		2- Instituições com acreditação de qualidade	C21- Preocupações da acreditação
			C22- Sentimento de perda de qualidade
		C3- Instituições sem acreditação de qualidade	C31- Preocupação económica
			C32- Preocupação de organização



**ANEXO VI**

**Análise de conteúdo das entrevistas**

<b>Domínio: CARACTERIZAÇÃO [A1-HABILITAÇÕES LITERÁRIAS]</b>							
<b>Cat</b>	<b>C1-Diferenças entre países</b>	<b>C2-Vantagens da licenciatura</b>		<b>C3-Desvantagens da licenciatura</b>		<b>C4-Habilitar sobre ética e decisão</b>	
		C21-Abordar temáticas esquecidas ou pouco trabalhadas	C22-Mudança de imagem e de atitudes profissionais	C31-Não aplicação prática dos conteúdos aos cuidados	C32-Não valorização profissional	C41-Teoria	C42-Dificuldade teoria/prática
<b>E1</b>							
<b>E2</b>	“(…) realmente não tem muito a ver com isto aqui. Nós somos muito mais teóricos, e a nossa área é muito mais técnica, e aqui acho que é muito mais profunda, acho que é mais (...) conhecimentos práticos, e sem dúvida aprende-se muito mais, e temos muito mais (...) poder de decisão aqui do que lá. Lá somos completamente empregados do médico, e aqui não.”						
<b>E3</b>							

E4				<p>“(…) o que é que se lá vai aprender em termos de... de trabalho de enfermagem? Não, não é nada.”</p>	<p>“(…) a nossa carreira está muito mal estruturada. E quando há muitas carreiras que se sabe que há um objectivo (...)”</p> <p>“Estou numa fase da vida em que, não é ao fim de 20 anos que eu vou tirar o complemento para ficar contente da vida e pedir aos colegas para me chamarem ‘Doutor’.”</p>		
E5		<p>“(…) mostrar-me que se calhar a enfermagem estava muito pouco autónoma [e] mostrar que poderá haver uma enfermagem diferente daquilo que, até então, se pratica (...). Mas que a enfermagem tem autonomia suficiente para tomar determinadas</p>		<p>“(…) em termos práticos, no dia a dia com o doente... prática estou a falar de técnicas (...) rotinas de serviço, isso não veio a alterar minimamente. Se calhar por culpa minha, mas</p>			

		<p>decisões.”</p> <p>“Nunca tivemos despertados para esse tipo de situações, e neste momento acho que (...) consigo ter a noção de que posso ser mais autónoma nas minhas decisões, já arrisco mais determinado tipo de decisões que até então se calhar, não me atreveria a tomar.”</p>		<p>também não só, mas possivelmente também mas... pronto, se calhar o sistema não estava muito permissivo nesse sentido.”</p>			
E6		<p>“No meu entender (...) uma das coisas que me fez levar a fazer o complemento, para além da necessidade de alguma actualização (...) foi um enriquecimento em termos de desenvolvimento mental, desenvolvimento... conhecimento em áreas de como se faz um trabalho, de uma pesquisa (...)”</p>	<p>“(...) esta evolução só se dá, por vários factores, por que nós estamos, na minha opinião, estamos constantemente em crescimento e em aprendizagem, não é? E portanto, quer pela nossa formação que vai ser actualizada, pelo complemento, e... pronto, com estes trabalhos todo, e continuamente pelos enfermeiros licenciados, como felizmente tem acontecido, não é?,</p>		<p>“(...) os profissionais não ganham nada com isso, a não ser em termos pessoais, porque não somos promovidos por isso. Não é por ter o complemento que as pessoas são ou não são escolhidas, o que é um bocado caricato (...)”</p>	<p>“[Foi abordada] A ética ao nível do direito da saúde, relacionado com o direito na saúde, e depois as normas éticas em que muitas vezes a gente não sabe (...) Depois a gente fica também... quando sai de lá fica um bocado... um bocado no vazio, assim, não é uma coisa muito objectiva.”</p>	<p>“É difícil para as pessoas reflectirem as coisas da escola na prática? (...) só à reflexão, permite-nos no serviço, pelo menos questionar, não é?, quer com os outros profissionais de saúde, não é?, e estar desperto para determinados assuntos que muitas vezes podem passar ao lado e que a gente faz até... por rotina, não é?”</p>

			permite a gente pensar um bocado e reflectir, e mudar de atitudes.”				
<b>E7</b>		“Foi um ano mais, se calhar de um trabalho de reflexão (...) em que tivemos que fazer alguns trabalhos, projecto de curso... essencialmente foram trabalhos de investigação que se teve que fazer, em que se propôs em formar acerca de uma maior reflexão acerca de determinados aspectos de enfermagem.”				“Não, não considero que tenha sido por ai que tenha tido mais algum avanço nesse sentido de tomada de decisão ou mais autonomia. (...) eu acho que isso também nos dá uma certa autonomia, depois a longo prazo, em fazer investigação em enfermagem, e sendo o quarto ano mais virado para essa questão da investigação, talvez por ai tenha sido adquirido sem... mas não foi especificamente, não estava especificamente virado para assim nos dar uma certa autonomia em termos hospitalar e de decisão.”	
<b>E8</b>				“É mais virado			

				para áreas de gestão e investigação, por aquilo que percebo, pelos colegas que vão fazendo, e eu realmente não era bem essa a minha... o meu interesse. Eu gostava de fazer uma especialização, mas numa área mais virada para o cuidado e não tanto para investigações (...)"			
--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Domínio: CUIDADOS INTENSIVOS [B1-RAZÕES DE EXERCER EM UCI]</b>				
<b>Cat</b>	<b>C1-Razões profissionais</b>	<b>C2-Pré-concepções de UCI</b>	<b>C3-Formação escolar inicial</b>	<b>C4-Condições de trabalho</b>
<b>E1</b>				
<b>E2</b>		“(…) temas que gosto muito; vou levar daqui, no tempo que cá estiver, coisas que não vou levar de mais sítio nenhum (…) achei que tinha tudo, como coisas muito específica, onde há muitas técnicas e umas máquinas e tal, como tenho tido as bases de interacção com os doentes, comunicação... abrange tudo o que é enfermagem... é esse o meu ponto de vista e é isso que me fez vir para aqui. Conseguir-se atingir... desenvolver uma série de características de urgências e tal... acho que abrange tudo o que interessa para vir para aqui.”		
<b>E3</b>	“Olhe na altura penso que, de facto, beneficiava e eu poderia ter, na medicina deste hospital facilidade de transferência, e quis optar por outro serviço e na altura abriu a unidade, então foi... acho que foi... achei aliciante. Talvez tivesse um pouco mais a ver, na altura, pelo menos... com a minha maneira de estar, em termos de situação.”			
<b>E4</b>				
<b>E5</b>			“Isto foi logo no princípio, foi	

			logo... portanto ainda estava na escola, a fazer... na altura em que fazíamos os estágios (...). E nessa altura foi o que gostei mais foi dessa parte dos cuidados intensivos... pela dinâmica, penso eu, ou talvez pelo stress (...). Foi mais nesse sentido que na altura optei pelo estágio final ser na UCI do Hospital D, na altura tínhamos essas possibilidade, e fui para lá e gostei e adorei. E tive a oportunidade, e a sorte de poder ir para a unidade de cuidados intensivos, logo saída da escola, e no Hospital A, e fui ficando e fui gostando.”	
<b>E6</b>	“Foi por vontade própria, pela necessidade de novos conhecimentos (...) E questionava se eu tenho necessidade de saber mais sobre cuidados intensivos, e penso que a unidade de urgência médica é a mais completa. Não penso, tenho a certeza, objectivamente. É a mais completa em termos de cuidados intensivos (...) e porque eu tinha um bocado de... eu gostava de saber como é que era tratar de um doente, em cuidados intensivos consciente.”			
<b>E7</b>		“Já porque já estava, assim que acabamos o bacharelato, havia já a possibilidade de começarmos a exercer funções e eu comecei nessa		“Primeiro acho que, numa fase inicial da carreira, tentar ganhar mais aptidão para situações de maior stress, de maior trabalho de equipa, fazer toda



		tal unidade de cuidados intensivos no Hospital A e daí como estava já a exercer funções em cuidados intensivos adaptei o projecto para que coincidissem onde estava a exercer funções de momento.”		<p>aquela aprendizagem mais de um doente crítico, de um doente instável, de um doente que precisa de um tratamento mais específico, foi essencialmente isso, para ganhar prática em termos de técnica e de fundamentar os conhecimentos, os conhecimentos que a gente já tinha.”</p> <p>“Em cuidados intensivos, apesar da especificidade do serviço sinto que consigo fazer... consigo-me valorizar, enquanto profissional, fazendo o meu trabalho. E numa enfermaria, sinto que talvez não conseguisse... fazia-me imensa confusão chegar ao fim do turno e sentir que não, não consegui atingir os objectivos todos, os meus padrões pessoais de qualidade do meu trabalho, por isso gosto de cuidados intensivos.”</p>
<b>E8</b>	“Já estava há muito tempo em medicina, apesar de gostar muito, precisava de algo mais(...) E nunca tinha estagiado em cuidados intensivos. A minha escola não se usava muito disso. Nunca tinha experimentado.”			

<b>Domínio: CUIDADOS INTENSIVOS [B2-DIFERENÇA ENTRE SERVIÇOS]</b>		
<b>Cat</b>	<b>C1-Diferenças entre UCI e enfermarias</b>	<b>C2-Diferenças entre UCI</b>
<b>E1</b>	“(…) os cuidados intensivos têm muitos pontos positivos em relação a serviços de internamento. Em relação a tudo, em relação a material, em relação há... ao interesse que as pessoas têm em ter pessoal suficiente, em não faltar pessoal... como nas medicinas falta paciência... não ligam muito, e daí depois a nossa qualidade de cuidados acaba por ser complicada...”	
<b>E2</b>	“Aqui [local da entrevista] há muito conhecimento, é muito mais amplo, do que ali. Quem está a gerir aquela unidade [enfermaria de cardiologia] não é intensivista, e faz digamos de uma forma... em tudo como os intensivistas, são médicos de medicina, cardiologia. A sua noção em termos de intensivismo é muito, muito vaga. E face aos turnos lá tá-se bem. O que é que acontece é que acabam por não se chatear quase nunca, e vez coisas que tu ficas de braços abertos. Se calhar há ali um espírito em termos de ética que se passam completamente. Vês coisas que eu nunca aceitaria.”	“[Noutra UCI] em geral aceitam suspender umas merdas, suspender medidas de terapêutica que estavam a substituir o doente. Dada a situação, que esperem não tem saída, não tem hipótese. ‘Ah, as análises estão muito melhor’, mas vê-se o contrário. [Relativamente a um caso] até a anestesista viu aquilo, que o homem sofria, e disse ‘estou aqui para apoiar e não... fale com o Director de serviço’, que nunca vê os doentes, pois nunca vê os doentes (...)”
<b>E3</b>		
<b>E4</b>		
<b>E5</b>	“(…) não é que o stress seja aquilo que eu mais goste, não é isso, mas o haver um bocadinho de agitação, não ser sempre a mesma coisa, tipo trabalho rotineiro tipo enfermaria, que eu não estou de maneira nenhuma a desvalorizar.”  “A parte humana, depois é mais nestes casos... acaba por ficar um bocadinho deixada para segundo plano (...) Eu acho que a parte humana também vai mais um bocadinho... É assim, adquire-se e não só, acho que também tem a haver um bocadinho com a pessoa. A pessoa... o enfermeiro para mim vai atender sempre um ser humano e isso não é por trabalhar numa unidade de cuidados intensivos que se vai ter mais ou menos. Trabalhar numa enfermaria também é preciso tê-lo e isso já é uma coisa que a pessoa trás com ela, não é? Independentemente da experiência... há alguns aspectos que tem de ser... como é que eu hei-de explicar... limados. Quando se chega a uma unidade de cuidados intensivos, a forma como se comunica com o doente ventilado, o tipo de comunicação é	

	diferente, o doente verbaliza aquilo que sente de outra maneira, não é?”	
<b>E6</b>		
<b>E7</b>	“Não me consigo imaginar neste momento a trabalhar numa enfermaria, numa situação em que hoje se encontra o rácio enfermeiro/doentes, não... não me consigo imaginar, porque não conseguiria prestar um serviço de qualidade como sinto que aqui consigo prestar.”	
<b>E8</b>		

<b>Domínio: CUIDADOS INTENSIVOS [B3-PREPARAÇÃO ADQUIRIDA PARA EXERCER EM UCI]</b>				
<b>Cat</b>	<b>C1-Formação específica</b>	<b>C2-Preparação académica</b>	<b>C3-Experiência profissional anterior</b>	<b>C4-Integração no serviço</b>
<b>E1</b>				
<b>E2</b>			“Da minha parte já tinha pesquisado algumas coisas e investi bastante naquela altura para conhecer mais de cuidados intensivos, pois a minha primeira função em cuidados intensivos foi lá no Hospital B, é muito mais diferente, mais leve e tal. Deu para ter um primeiro contacto, não desgostei... gostei e tal. Então decidi avançar para uma unidade mais a sério, e vim para aqui.”	
<b>E3</b>				“(...) tive só uma fase de integração, na altura (...) Dentro da unidade. Levei na altura algum tempo de integração, três semanas ou sete. E pronto, depois é um bocado o investimento pessoal. Como na altura, quando isto abriu, já havia pessoas que já tinham alguma experiência de unidade, não havia nenhuma unidade do hospital mas vinham de outras unidades... pronto, foi um pouco um trabalho em conjunto entre todos.”
<b>E4</b>				
<b>E5</b>	“Portanto é assim... em congressos, pesquisa também, muitos trabalhos	“Durante o curso, a preparação que eu tive (...) o que se podia considerar um		

	em serviço (...) mas houve e tivemos sempre muito incentivo para nos dedicarmos à formação, à realização de trabalhos, acções de formação, portanto foi mais por aí... congressos, cursos... foi mais nesse sentido.”	bocadinho melhor em relação a outras escolas na parte de cuidados intensivos... havia uma cadeira... já não me lembro do nome da cadeira, mas que abordava assuntos mais directamente ligados aos cuidados intensivos, porque de resto depois foi mais pela experiência, pelos colegas, por auto-conhecimento.”		
<b>E6</b>				
<b>E7</b>	“(...) algumas formações que foram feitas nesse serviço, no próprio serviço onde iniciei. Entretanto optei por ir à procura e tirar cursos de suporte avançado de vida, suporte básico, interpretação de traçado, intoxicações alimentares, doentes com insuficiência renal aguda... curso mais virados para a prática de cuidados intensivos.”			
<b>E8</b>	“Tive que pedir uns livros emprestados de cuidados intensivos, outros comprei, e foi... fui investigando hemodiálise, ventilação, tudo aquilo que era necessário que eu não tinha grandes conhecimentos. Tinha alguns conhecimentos da escola, mas tive que aprofundar muito mais. (...) E fui perguntando e sabendo por mim própria.”			

<b>Domínio: CUIDADOS INTENSIVOS [B4-DINÂMICAS DAS EQUIPAS EM UCI]</b>				
<b>Cat</b>	<b>C1-Equipa de enfermagem</b>	<b>C2-Com outros profissionais</b>	<b>C3-Entre doente e família</b>	<b>C4-Enfermagem como elo de ligação</b>
<b>E1</b>	“Acho que a gente na equipa funciona todos muito em equipa, e não se verifica como agora o chefe, e o subchefe. Agora caiu em moda que há sempre os chefes de equipa.”	“(…) todos estamos muito vocacionados para um fim, que é cuidar deles, no fundo, o que não há muito... Mesmo com equipas médicas e fisioterapia, e auxiliares...eu acho que é tudo muito coeso...o trabalho é todo feito em equipa. (...) Claro que há sempre coisas más, nada é perfeito, mas eu penso que sim. Trabalha-se muito em equipa, aqui, entre todos.”		
<b>E2</b>			“[Com a família] (...) acho que há uma interacção muito mais forte em torno de todos os elementos de uma equipa, (...) Se calhar é orientando sobre aquilo que pode fazer e o que não pode fazer, e vamos guiá-los com informações daquilo que há alterações e daquilo que pode vir a acontecer. Acho que da nossa parte portanto está o doente num centro, à volta em termos de um circulo... digamos de um anel seríamos nós, e à volta seriam todo o tipo de elementos da equipa.”	“Portanto acho que o enfermeiro é o eixo entre os diversos... diversos elementos acho que tem um papel fundamental, e acho que conseguem unir o resto dos elementos, quer os outros terapeutas, quer os auxiliares, quer os enfermeiros.”
<b>E3</b>				“Acho que acabamos por funcionar como um elo de ligação entre essas partes todas, talvez pelo facto de passar mais tempo com o doente, com a família, mais disponíveis.”

				Continuamos a fazer, um bocado, o elo entre doente, família, médico. Penso que funcionamos muito nessa base de elo de ligação, num conjugar de todos os tipos de informação, que é importante para o doente e para a família... e até para nós.”
<b>E4</b>	<p>“Mas uma das coisas que me preocupou sempre muito: as equipas já foram mais equipas do que são agora, agora trabalham mais individual, não se ajudam... não se juntam uns aos outros, e foi sempre manter uma boa união entre as equipas. Tentar arranjar um grupo que... pronto... incentivar as pessoas a colaborarem uns com os outros.”</p> <p>“(…) mais ou menos todos fazem a mesma coisa. Os atritos criavam-se era se de todo fosse rígido nas visitas. Se eu disse-se assim ‘Olhe. Desculpe lá mas são três e meia e tem que sair.’ ou ‘Já não entra porque já passou da hora.’ E depois outro colega já não fazia isso, então diziam ‘Um colega seu, ontem que deixou, hoje já não deixa, e tal...’... basicamente funcionamos todos da mesma maneira.”</p>			
<b>E5</b>			“(…) não há uma pessoa única para estabelecer contacto com a família e com o doente. O enfermeiro que está	“Estou como responsável pela parte da formação do serviço e portanto fico muitas vezes com alunos, com

			responsável pelo... por determinado doente fica também responsável pela família desse doente(...). E é implícito que o doente que está com esse enfermeiro, que acompanha a família até acabar o turno.”	enfermeiros que vem para serem integrados, e aquilo que eu tento fazer se houver uma interligação com eles todos, no fundo. Agora a interligação entre a equipa médica, de auxiliares de enfermagem vou fazendo a ligação, e tento fazer o melhor que posso porque isto é assim um bocadinho...”
E6	“(...) já tinha desenvolvido tudo, quer em termos de... pronto, desde integração de novos elementos, de alunos, de chefia, desde de colaboração na gestão, porque o serviço foi mudado e tudo, e então vim para este serviço. Não foi muito fácil porque é... por exemplo, suponhamos, está a quatro degraus e você volta outra vez para o primeiro degrau. Não é nada fácil. E ao princípio é um bocado questionado, não é?”	“Acho que a interligação é mista, porque... há sempre três grupos aqui que estão constantemente aqui, portanto... Muitas vezes não é fácil porque são 20 pessoas que estão a trabalhar, não é? E quer dizer, e às vezes pode haver conflitos em termos de timing, não é?”	“O papel do doente e família... também aqui na unidade passou por uma transformação. Eu vinha de um serviço em que o papel do doente e família (...) já colaborava na alimentação do doente. (...) Aqui, a unidade... com os doentes crónicos a família acabava por fazer parte... havia... ultrapassava-se um bocado às vezes até aquele relacionamento profissional, são pessoas que viviam aqui, (...) e portanto havia uma relação até muito familiar, se calhar até muito familiar.”	
E7			“(...) acho que aqui a família tem quase uma... uma simbiose com o serviço porque temos um período de visitas extremamente alargado (...) e portanto nós convivemos muito com a família e com os doentes, estamos ali, fazemos o nosso trabalho, conversamos com a família, conversamos com o doente, acabamos por conseguir estabelecer uma boa	“(...) eu essencialmente vejo que estamos aqui todos para o mesmo, para tratar o doente que precisa de nós que precisa do nosso tratamento, e que precisa de todas essas vertentes, do enfermeiro, do médico, do auxiliar, até indirectamente da empregada da limpeza que faz o seu trabalho. E a minha colaboração é tentar... se calhar nós somos um



			<p>relação, e mesmo em termos de ensino para o futuro tentar... na parte da reabilitação que já não passa aqui por nós, não é?”</p> <p>“Eles tem uma atitude mais passiva, mas eu penso que isso é justificada pelo ambiente que nós temos em cuidados intensivos, acho que isso é... pronto, acho que às vezes há até um certo receio de se movimentarem ao pé do doente, de tocarem no doente, somos nós que temos que incentivar a falar, mesmo com doentes ventilados que não conseguem falar, porque tem outras... tentar criar essas estratégias de comunicação entre a família e o doente...”</p>	<p>bocadinho mais... como estamos mais próximos do doente, somos um bocadinho o elo entre as outras equipas e o doente.”</p>
<b>E8</b>	<p>“Às vezes sinto-me assim um bocadinho a lutar contra a maré (...) já tivemos pessoas empregadas noutros cuidados intensivos e que já tem uma mentalidade muito mais aberta com colegas, doentes e visitas. (...) é uma questão de organizar o trabalho e às vezes não é tanto pelo trabalho, já é mesmo por ser assim, e é assim e já é muito difícil de, de... olhe, de mudar de ideias, muitas vezes.”</p> <p>“Às vezes eu sinto-me assim um bocadinho como naquela de tentar</p>	<p>“(…) vieram uns médicos novos que já trazem outra ideia, portanto esta sala é sempre usada para receber os familiares, quer seja para dar as más notícias, quer seja para conversar sobre o doente, sobre os antecedentes e tudo, já é muito usada, já há uma certa flexibilidade e eu já sinto... mesmo a nível dos nossos colegas, também já se nota nos colegas mais novos, e nalguns que já cá estão há alguns anos, uma certa abertura.”</p>	<p>“Eu acho que mesmo assim ainda podemos envolver mais a família, apesar de ser cuidados intensivos e às vezes não dá mesmo, quando o doente está muito mal, quando os doentes passam para uma fase de recuperação podia-se envolver muito mais desde que a família se tivesse resposta, e às vezes não estão porque nós também não chegamos, e às vezes chegamos e eles não estão mesmo dispostos, portanto tem que se ver todas as situações.”</p> <p>“Acho que há mais vontade, nota-se</p>	

	<p>lançar água fria na fervura... Aconteceu na semana passada um caso de um senhor que pediu autorização para cá vir às onze e meia (...) porque o horário foi combinado com aquele senhor e com a colega da sala, só que a outra colega da sala já não gostou... pronto, às vezes isto é muito complicado e tem que se andar a fugir de um lado para o outro, para tentar ser um ponto de consenso. Não é que eu goste muito de conflitos.”</p>		<p>muito mais vontade do que há uns anos atrás (...) [mas] há uma série de coisas que afecta alguns... e depois é que não temos se calhar tempo... não sei para fazer essa avaliação, porque às vezes há familiares que se nota que ficam incomodados quando nós fazemos alguma coisa, enquanto que há outros que antes pelo contrário, querem saber porque, o que nós estamos a fazer e porque estamos a fazer, é nestes casos que se deve... apostar mais um bocadinho, e explicar, não custa nada.”</p>	
--	--	--	--	--

<b>Domínio: CUIDADOS INTENSIVOS [B5-FACTORES INFLUENTES NAS RELAÇÕES ENTRE EQUIPAS]</b>							
<b>Cat</b>	<b>C1-Postura profissional</b>	<b>C2-Disponibilidade</b>	<b>C3-Ambiente de trabalho</b>	<b>C4-Conflito</b>	<b>C5-Resistência à mudança</b>	<b>C6-Estrutura organizacional</b>	<b>C7-Económicos</b>
<b>E1</b>			<p>“Eu acho que acaba por ser, que vem de novo já se começa a integrar pelo ambiente que já está inserido. Eu penso que é um bocado isso, não é? Mesmo com a equipa médica a gente nunca teve grandes problemas... que às vezes há aquelas chatices, e chocam-se uns com os outros, mesmo quem vem de fora que já vem com alguma fama, que a gente sabe, de ser assim de nariz empinado, quando chega cá e verifica que não se trabalha assim. Mesmo em relação... eu e os meus próprios</p>				

			<p>colegas acabo por fazer um bocadinho... e estar fora do contexto e acaba por se adaptar ao resto das outras pessoas, penso que é capaz de ser isso. Sim. As pessoas adaptam-se.”</p> <p>“Na altura eu acho que isto não tinha nada bom ambiente. Achava que era o que agora eu disse de “equipa” e que eu acho que isto está muito bom, quando eu vim para cá, não.”</p>				
<b>E2</b>	<p>“O enfermeiro é uma pessoa introspectiva, não gosta de falar, não gosta de ter contacto nem se associar a estes casos, em que é necessário pedir digamos numa forma... acho fundamental que o estado de</p>	<p>“Este cansaço pode interferir naquilo que nós... a nível da equipa. E penso que as características podem influenciar aquilo que se tem numa relação.”</p>					

	participação é importantíssimo gostar daquilo que faz.”						
E3		“(…) eu acho que é essencialmente é a nossa disponibilidade, (….) há uns tempos atrás havia uma certa tendência a fugir da família, fugir dos momentos das visitas, por vários receios, sei lá: por estar a ser observado, por sermos questionados... e penso que isso está a melhorar bastante, pois damos mais disponibilidade... É um factor bastante importante que eu me lembre... [em relação] ao doente, aqui na unidade talvez não se note muito isso porque na maior parte das vezes são doentes entubados, doentes sedados, e não há		“(…) situações de conflito dentro das equipas, ou... e quando surgem é capaz de afectar um pouco essa relação porque os elementos estão menos... estão menos... como hei-de dizer... estão menos abertos ao diálogo, fecham-se, isolam-se um pouco mais. São situações pontuais aquelas que acontecem e depois de um modo geral é natural que haja atitudes que... às vezes são conflitos... uns mais estranhos... são muito variáveis.”			

		<p>muito essa comunicação, embora, pronto... há sempre algumas, mas talvez não seja tão afectada por uma falta de disponibilidade.”</p>					
<b>E4</b>							
<b>E5</b>			<p>“(…) só o facto de a unidade ser pequena, ser um ambiente mais pequeno, não é? Há sempre tendência a que... eu considero... eu acho que há sempre picos. Pelo menos é aquilo que eu me apercebo ao longo destes anos todos.”</p> <p>“É uma unidade fechada e acabamos por conhecer demasiado bem as pessoas, com quem lidamos, os positivos e negativos...”</p>	<p>“Há alturas em que se está muito bem, e de repente há um pico negativo na unidade, (...) e a partir daí entra-se em choque, não é? Tanto de um lado como do outro. Eu acho que o nosso papel, principalmente as pessoas que tinham... os chefes de equipa, essencialmente os chefes de equipa, é no fundo tentar suavizar esse tipo de conflitos, não é? Aquilo que acontece é que nem sempre o chefe de equipa, ou por falta de</p>		<p>“(…) a perceber qual é que será a melhor maneira, e para evitar que... um enfermeiro diz uma coisa, vem o médico diz outra... não. As informações só são dadas a um familiar, em termos de informações mesmo clínicas. O abordar o senhor e estar presente com a família, isso cabe ao enfermeiro sempre, não entrando pela parte das informações clínicas, isso é com qualquer familiar.”</p>	

				<p>paciência, ou por saturação... muitas vezes é mesmo a saturação, pelo stress, pelo excesso de trabalho, pelo tipo de doentes que nós muitas vezes temos... às vezes temos muitos doentes crónicos e torna-se um bocadinho massacrante ao fim de um tempo... acabam por não conseguirem gerir esse tipo de conflitos.”</p> <p>“(...) conflito... enfim é não saber geri-lo, acho que essencialmente é isso que rebela um bocadinho o tipo de relações, e isto reflecte-se em tudo... reflecte-se no trabalho, nas relações interdisciplinares, acaba por se reflectir no</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

				atendimento ao cliente... se a pessoa não tem paciência, porque acha que não é ela que deve dizer, que deve ser o médico a comunicar determinadas coisas, e entra-se numa bola de neve que alguém tem de travar.”			
E6		“Melhorar pode-se melhorar sempre, não é? Através de mais tempo de disponibilidade, de melhor informação, já se tem melhorado com o alargamento do horário de visitas, portanto será... se bem que nós, a equipa não... aquilo é uma regra que serve para a gente mais ou menos ver, mas que a gente facilmente ultrapassa.”					<p>“Com esta vertente economicista e de retirar desde material humano a material físico, acho que a tendência vai ser sempre para piorar, muito sinceramente.”</p> <p>“Sim, deve-se há economia, não é? Factores economicistas. Em vez de melhorarmos os recursos humanos para aumentar a produtividade, não é? Na minha opinião faz-se ao</p>



							contrário. Tira-se o pessoal, e depois vê-se o que é que se dá, não é?"
E7	<p>“Eu acho que essencialmente ter um tratamento, uma atitude cordial com a família e com o doente, (...) não cairmos na... naquele estereotipo de tratarmos uma pessoa mais idosa como um coitadinho ou ter a tendência de falar mais alto. (...) tentar controlar isso, educando também, sobretudo auxiliares a tentar ter um comportamento, uma linguagem mais adequada, e [ter] um discurso mais assertivo em relação a determinados aspectos quer do tratamento. (...) Tentar que seja uma informação objectiva que é dada</p>						

	à família...”						
E8		<p>“Por parte de nós, profissionais, muitas vezes o excesso de trabalho, confesso que às vezes é muito complicado e até situações de emergência... pronto que acabam por acontecer com estes doentes, e estamos muito virados para aquilo que está a acontecer ao doente e realmente acabamos por nos esquecer da família, se ela está lá fora, ou seja o que for.”</p>			<p>“Muitas vezes também a rotina, que também se estabelece. Muitas vezes isto pode acontecer e já não estamos despertos em envolver um familiar. Da parte dos familiares isto é muito assustador. (...) os cuidados prestados. é muito mais técnico às vezes, e as pessoas não sentem que tem capacidade e até se assustam um bocadinho e ver assim o doente. (...)Tem medo de atrapalhar, de falar e a doente ficar agitada, e às vezes nós não estamos muito atentos a isso, e poder perceber que aquela pessoa está com nervos...”Eu posso ajudá-la?”, ou... às vezes estamos ali e prontos.”</p>		

<b>Domínio: BIOÉTICA [C1-DILEMAS BIOÉTICOS]</b>							
<b>Cat</b>	<b>C1-Identificação dos dilemas</b>						<b>C2-Frequência</b>
	C11-Morte cerebral	C12-Doação de órgãos	C13-Dúvida/Prolongamento da vida	C14-Consentimento informado	C15- Características dos doentes	C16-Religião	
<b>E1</b>	“Uma era um senhor que já estava em morte cerebral, e que a namorada queria fazer uma colheita de esperma para fazer inseminação e ter um filho dele.”	“A outra, foi outra situação que aconteceu com a doação de órgãos, que o marido da senhora não queria que os órgãos fossem doados, mas como legalmente não está nada no lado dele, foi à mesma doado...”					“Não são muito frequentes, mas às vezes aparecem. Agora recentemente que me lembre agora, duas...”
<b>E2</b>			“(...) doentes quase para morrer e uma semana antes de... de... de morrer, fizeram técnica dialíticas contínuas, sabendo que não tinha hipóteses; uma pancreatite necro-hemorrágica, uma coisa horrível, e... é pá ao menos digam ‘suspendam, isto... é pá... isto não leva a				“Nos temos dilemas e é muito, muito frequente.”

			<p>nenhum lugar' só por que não estava escrito em lugar nenhum..."</p> <p>"(...) e em que ponto está lá alguma coisa, que vem num estado de coma muito avançado, e depois vem para a unidade. Será que tudo isto vai levar a alguma coisa... No início que vem o doente, investe-se sempre. O doente vem cá e leva o teu máximo."</p>				
<b>E3</b>	<p>"Pelo menos da família. Nesse tipo de situações mais arrastadas não acontece e portanto não sei... mas daí a estar mal a julgar determinado procedimentos, como o investimento que se faz numa situação irreversível, daí às vezes... mas também já tem acontecido o</p>		<p>"(...) são situações em que há um investimento um bocado exagerado perante... perante um determinado tipo de situações... e que me deixa às vezes na situação (...) que habitualmente são muito já... muito... muito envelhecidas, e portanto..."</p>	<p>"Porque? Porque fazer isto? Muitas vezes são situações... nestes casos são situações em que não há consentimentos, não há nada Portanto... sei lá, fazer uma traqueostomia, fazer isto ou ser operado legalmente há um consentimento informado, não é?"</p>			<p>"(...) tem alguma frequência."</p>

	<p>inverso, não é?                  Situações que a gente pensa o porque de investir tanto e às vezes acaba por ter resultados, não sei se nas melhores condições da melhor qualidade de vida, o que é certo é que se tem, pelo menos um bom resultado.”</p>						
E4					<p>“Foi mais na altura em que nós tínhamos cá as crianças, pronto, por serem crianças, não é. Tínhamos esses dilemas, pronto... morrer um velho, um idoso... é complicado; mas morrer uma criança é, no seu todo, muito mais complicado. E então nós tínhamos ai problemas até... prontos, não de consciência, mas de dor também nossa, porque, pronto, às vezes morria uma criança.”</p>		<p>“Não são muito frequentes mas... e não são frequentes agora, são menos frequentes do que eram atrás, e menos frequentes porque... porque enquanto antigamente entravam 10, 12 doentes por turno, agora, muitas vezes, não entra ninguém por turno, não é? Quer dizer, a rotatividade do serviço também é menor... também</p>

					<p>“Casos que me lembre agora... também uma senhora que foi amputada das mãos (...) e pés... isto de dizer à família e falar com a família da senhora e dizer que... a sua filha vai ficar sem mãos e pés, quer dizer... são situações dramáticas.”</p>		<p>é menor...”</p>
E5						<p>“Já tivemos aqui dentro também situações relacionadas com as transfusões de sangue, nos grupos de Jeovás. É uma situação que realmente nos afectou a todos, porque é uma situação desagradável de um senhor que... portanto Jeová que, portanto estava com uma anemia gravíssima e que necessitava mesmo</p>	<p>“São mais esporádicas, não é? Em termos assim coisas mais frequentes, o que é que nós temos assim mais, temos aqueles casos mais... mais sociais...”</p>

						de transfusão, não havia outra hipótese...”	
E6			<p>“O serviço é muito intensivista, e há situações que... de manutenção da vida... eu acho que há uma coisa que... a gente deve pensar muito na dignidade da morte, numa morte serena, e a gente também é muito difícil perceber quando é que há-de parar, não é? A ciência tem evoluído e tem trazido aspectos positivos para o homem, mas há outros aspectos negativos, não é?, se a gente realmente salva as pessoas, mas com que qualidade é que se salva e será que essa pessoa, se tivesse hipótese de saber que ficava perante aquela situação, se queria ser sujeita a</p>				

			<p>tanta agressão, não é? No aspecto físico das técnicas, em colocação de cateteres, de cirurgias e isso tudo, quer do aspecto psicológico e social, não é? E isso é uma coisa que nestes novos... neste tempo tem que se interrogar. “Mas para que isto?”, “Mas será que é isto?”, alias tenho-me interrogado profissionalmente e pessoalmente, não é? Lá está, uma participação da família que a gente... enfim, já se começou a ter, não é? A gente temos doentes ligados... 9, 10, 15, 16 anos, ao ventilador, alguns sem qualquer estímulo aparente, não é?, e questiona-se a família, se se devia desligar ou não.”</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--



<p><b>E7</b></p>			<p>“(...) doentes que acabam só por ficar em cuidados paliativos no serviço, em que não há... até hoje ainda não vi essa tomada de decisão de... de haver consentimento por parte de haver consentimento por parte dos familiares de desligarem as máquinas, de fazer... até porque nunca ficou provada a morte cerebral, também. Mas há situações em que é prolongada a vida do doente, só mesmo cuidados paliativos com analgésicos, só... pronto, e temos agora aqui uma situação.”</p>		<p>“(...) não tem a ver tanto com ética, tem a ver com questões de maior sensibilidade do que outras, quer dizer situações mais delicadas, a pessoa ser mais jovem... ainda há pouco tempo também tivemos um doente em fase terminal com 18 anos, e portanto optou-se... a comissão de ética do hospital optou por envia-lo para casa e ele poder falecer em casa, são situações que são estudadas pela equipa clínica, por enfermeiros, e são todas ponderadas, e que são resolvidas pela comissão de ética do hospital.”</p>	<p>“Tem existido algumas situações sobretudo quando tem a ver com questões religiosas (...) portanto temos que aceitar apesar de estarmos, de nos ser incutido que temos de ter determinadas acções em prol do doente, temos que respeitar e essa pessoa tem uma determinada religião e que não permite determinadas coisas, nomeadamente no caso dos Jeovás...”</p>	<p>“Não são muito frequentes.”</p> <p>“Acaba por ser. Nós temos muitos doentes do foro respiratório, e já com uma idade avançada e acaba por haver outro tipo de complicações, e acabamos por ter pessoas que dependem de suporte ventilatório até... até ao fim, e portanto, mantêm-se cá, pronto, ficam só com terapêutica de suporte.”</p>
<p><b>E8</b></p>			<p>“Entretanto tivemos dois deles que estavam em estado vegetativo permanente: estavam sempre</p>				

			ventilados, alimentados pela sonda, necessitavam de posicionar... [Um dos casos] que me custava muito porque era mesmo uma degradação humana (...) E pôs-se a questão com a família de desligar do ventilador e colocar em atmosfera húmida, e deixar o senhor seguir.”				
--	--	--	---	--	--	--	--

<b>Domínio: BIOÉTICA [C2-GESTÃO DA SITUAÇÃO VIVIDA]</b>					
<b>Cat</b>	<b>C1-Sentimentos</b>				<b>C2-Após Ponderação</b>
	C11-Dúvida	C12-Benefício/Malefício	C13-Angustia/Choque	C14-Impotência/Revolta	
<b>E1</b>	<p>“Eu... eu, principalmente da segunda, da doação dos órgãos, fiquei assim, um bocadinho, sem saber o que pensar. Sempre fui apologista da doação, acho que deve ser feita, e concordei muito com a nova lei (...) mas depois deparei-me com um senhor, assim, muito chocado, com a [situação da] mulher, e fez-me pensar que se calhar devemos respeitar a opinião dos outros mesmo que seja diferente da nossa...”</p>				
<b>E2</b>			<p>“Coisas que uma pessoa diz ‘é pá, isto é impossível’, ‘é pá, se tivesse ali o seu pai fazia isto?’. Juro. Porque é um choque, passa-se um choque com a nossa forma de fazer as coisas, com o bem-estar do doente, que choca. Neste aspecto não há comparação com aqui. Posso dizer que há uma indiferença</p>		<p>“(...) sempre que tomamos uma decisão, temos de reavaliar se foi a atitude mais correcta. E consoante a reavaliação, confio nessa na mesma ou mudarei para uma que ache um pouco mais correcta. Às vezes quando a dúvida surge abordo o assunto não simplesmente com o chefe</p>

			em termos ético, é completamente diferente....”		de equipa, quer com qualquer um que esteja apto, mesmo que seja mais novo desde que ache que tem competência para ultrapassar essa situação.”
<b>E3</b>	“Acho que quando as situações acabam por ter um desfecho pelo menos um pouco melhor, quer dizer... acho que me interrogo um pouco nessas... quando a gente pensa que... que não é a atitude correcta que está a tomar, pensamos duas vezes quer dizer...”	“Provavelmente questiono a equipa, tento perceber as suas razões e aceitar... Trabalho da mesma maneira como se fosse uma situação diferente. Não é uma coisa que diga assim “tenho de funcionar de maneira especial”. Não. Cuidados especiais não tenho. Faz-me alguma... às vezes quase que me ponho um pouco como “não me façam isto a mim” em jeito de protecção, mas... questiono só o porquê, mas tudo bem. É uma decisão da equipa ao qual estamos ao corrente.”			“Não mudo em nada, porque não mudei a minha actuação por isso. Se eu tivesse tido uma atitude que mais à frente tivesse que pensar que não foi correcta por isto ou por aquilo, mas não. A minha atitude em sido coerentes.”
<b>E4</b>			“Com uma angústia muito grande, não é? A gente ter de transmitir a realidade às pessoas... não é fácil. Dizer a verdade, assim cara a cara é complicado... não é fácil. Eu nessa situação, nessa rapariga...coisa que é um pouco raro acontecer, porque a gente tem que diferenciar porque somos profissionais de		“Até hoje não me arrependi nada de alguma resposta que tenha feito, de coisa... não. Sinceramente... Pelo menos que me lembre agora. Quer dizer... Às vezes podia me ter escapado alguma coisa, mas assim que me tenha ficado na memória, não me

			<p>saúde e com isso temos de tratar como profissionais de saúde, e não como se fosse “o paizinho” ou “a mãezinha”. Temos de tratar como profissionais de saúde. Ainda o outro dia quando foi a rapariga que estava amputada de mão e pés... quando a filha cá veio... a ver a filha de 8 anos... quer dizer... parece que não mas as lágrimas vêm aos olhos, não é? Porque... São coisas que custam mesmo porque a gente diz assim “Bom isto podia-nos acontecer a nós”, não é? Mas a gente tenta ultrapassar isso porque nós somos profissionais e é para isto que cá estamos, não é?”</p>		<p>lembro assim de alguma coisa que me tenha arrependido.”</p>
E5				<p>“Informações que nós sabemos que não devemos transmitir à família, nomeadamente doentes que estão infectados com o HIV, por exemplo, um exemplo; e que nós sabemos que o doente sabe, e que a família não sabe, que a família directa não sabe, e isso choca-nos. Choca-nos o porque é que eu não posso dizer aquela família para tomar precauções, para também ir fazer análises... porque é isso</p>	<p>“Se calhar houve uma ou outra altura em que, por exemplo, com a família desse senhor se calhar fui um bocadinho dura, não é? Quando me perguntavam “Então e não há mais nada a fazer?” e eu respondia “Olhe há, mas vocês não querem.” Se calhar estou a ser um bocadinho dura, não é? Se calhar não deveria ter respondido</p>

				<p>que acontece, não, é? Revolta muito em mim a posição do doente, no entanto, o tal aspecto ético de respeitar a vontade do doente, enquanto estiver consciente será ele sempre a transmitir essa informação a... e será, pronto, a transmiti-lo ou será ele a transmiti-lo, mas sempre mediante a sua autorização, e há que respeitar isso, não é?"</p> <p>“(...) e pronto deparamo-nos com este problema de ver um senhor que nós até sabíamos que por ele até estava tudo bem e acabou por falecer porque a família não quis nunca que ele fizesse a transfusão. Mas como ele tinha assinado o tal papel, não havia nada a fazer. Portanto isto são coisas que as vezes nos revoltam um bocadinho.”</p>	<p>assim, porque... se calhar eticamente não é correcto, porque no fundo eles tem o direito de o fazer, não é? E eu deveria respeitar isso, só que a revolta é grande e acabamos por dar respostas assim. Isto às vezes é complicado.”</p>
E6		<p>“(...) o meu pensamento é que se a gente não pode fazer mais nada por aquela pessoa, aquela pessoa pode fazer mais alguma coisa por alguém, e portanto aceitei sempre a prestação dos meus cuidados, tendo por fim colaborar nisso, fazendo sempre todos os passos e timings que se tem que fazer, não é? Se às</p>			

		vezes, no meio disto há sempre, às vezes, aquela tendência para passar um passo ou outro, a minha posição foi sempre de me opor a isso, não é?"			
E7			“(...) são situações que nós causam, eu pessoalmente, que me causa sempre um certo transtorno por saber que ali haveria uma hipótese de nós, pela ciência resolvermos o... tratarmos a pessoa em questão e a pessoa por convicção religiosa, recusar esse tratamento, e portanto são sempre questões que mexem com as nossas crenças e com os valores que a gente... que nós temos.”	<p>“Porque acho que queremos estar a prolongar (...) estarmos a continuar a investir num doente de uma idade avançada, já com várias patologias de base, em que já foram feitos vários tratamentos e não resultou, eu pelo menos consigo tentar ver as coisas de uma forma mais prática. Não vamos conseguir nunca recuperar aquele doente para obter a qualidade de vida que teria”</p> <p>“(...) que mais me faz sentir frustrada e incapaz de ajudar a outra pessoa, e é a situação que mais mexe comigo porque sei que haveria possibilidade... quando há aquelas situações que a gente sabe que não pode fazer nada, que não há tratamento possível é mais fácil de aceitar. Quando nós nos comprometemos a salvar a vida de uma pessoa, mas essa pessoa é ela própria que diz... é difícil aceitar que seja assim o fim da pessoa quando nós</p>	

				saberíamos... sabemos o que poderia ser feito para resolver aquela questão, mas tenho que... temos que respirar fundo e saber respeitar as crenças dos outros, não é? Temos que aceitar, não temos outra hipótese.”	
<b>E8</b>			“Portanto as coisas eu tenho que as resolver... não posso andar aqui... portanto eu andei bastante tempo com aquela... com a angustia contra mim própria, mas acabo sempre por resolver as questões”		



<b>Domínio: BIOÉTICA [C3-ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM DILEMAS BIOÉTICOS]</b>					
<b>Cat</b>	<b>C1-Formação/Informação</b>	<b>C2-Grupos de ajuda</b>	<b>C3-Dialogo aberto</b>	<b>C4-Distanciamento</b>	<b>C5-Pela experiência</b>
<b>E1</b>	<p>“Se houvesse mais cursos que abordassem... mesmo que saíssem um bocadinho fora do contexto da enfermagem, e que abordassem estes temas éticos, eu acho que era bom.”</p> <p>“[No complemento] estava incluído a disciplina de bioética, e apesar de não se falar nada que tivesse assim de concreto que se passa em enfermagem, acho que foi uma disciplina que nos despertou para coisas muito interessantes, muito mesmo. Foi uma disciplina que me agradou muito.”</p>			<p>“Eu penso que a gente às vezes ainda cai, quando acontecem situações... ainda ficamos à espera que os temas delicados sejam abordados pelos médicos, e se calhar como a gente passa mais tempo na cabeceira com eles, pensam que são abordados por nós, e depois acabam por ficar algumas coisas esquecidas, mas eu acho que não. Eu acho que se fala muito, mesmo muito. Os médicos têm sempre muita disponibilidade para falar com os familiares, de qualquer assunto, mesmo nas horas das visitas...”</p>	
<b>E2</b>		<p>“Acho que devido ao que recebemos, aqui, às vezes, acho que devia haver um tipo qualquer de acompanhamento, mas pronto (...) Mais na equipa de enfermagem, embora houvesse casos já, com a equipa médica, em que se fala abertamente “Achas que</p>			

		fizemos bem?” “Achas que fizemos mal?”, e acho que também ajuda falar com a parte médica. Houve casos que acabei... fui para casa remoer... fui para casa pensar, e a partir dai acho que nunca mais devia levar nada para casa, acho que devia resolver as coisas por cá.”			
<b>E3</b>				“(...) e acho que... eu pelo menos sinto e falo por mim, eu esqueço de isto tudo aqui, portanto eu saii da porta para fora e não me lembro mesmo de nada. E há assim fases destes que nos passam, e... estamos a falar e não me lembro do nome deles “Ah lembraste do fulano tal?”. Acho que isto tudo é uma maneira de desligar destas situações todas.”	
<b>E4</b>			“Olhe para já é ser o mais frontal possível. Ser frontal, directamente, dizer as coisas logo directamente, não estar com “pruridozinhos” a dizer... dizer as coisas que não são. (...) Eu acho que a frontalidade é o essencial.”		

			<p>“(…) a condição será encetar o diálogo aberto com as pessoas, quer dizer... não há necessidade... penso eu que, não vejo assim mais nenhuma condição para a gente ser frontal. O diálogo com as pessoas [e] Portanto, levar ao doente e levar a visita, e preparar ao longo do percurso até à sala do que irá encontrar no seu utente.”</p>		
E5	<p>“Mesmo assim em termos de formação acho que era importante as pessoas estarem ao corrente do que é que se passa, e a parte do gabinete de ética do hospital deveria informar periodicamente as pessoas de quais são as situações, o que é que há, de haver não só reuniões assim neste sentido, mas haver também... como é que hei-de explicar... artigos, que houvesse mais congressos sobre isso, mais simpósios sobre esses temas porque acho que era extremamente importante.”</p>	<p>“(…) acho que era importante haver reuniões, e deveria haver se calhar até apoio de pessoas de fora, de outra área, nomeadamente, se calhar até a presença de um psicólogo ou... assim alguém com quem se pudesse debater determinados temas, em conjunto até, todos juntos. Acho que era importante haver esse tipo de orientação (...) e discutindo os assuntos sobre estas coisas, conseguiríamos resolver, e acho que isto era extremamente importante e isso não se faz. Tenho muita pena, mas não se faz</p>			

		mesmo.”			
<b>E6</b>				“(…) uma das estratégias é a gente se calhar evitar a situação. Tentar que... ou não entrar directamente nela, ou então não pensar, abstrair-se. Se a gente não pensar, se a gente não se deixar aproximar, portanto se for uma pessoa fria com um escudo à volta, consegue mais facilmente (...) porque enfim, eu sou enfermeiro mas não deixo de ser pessoa, não é? Não posso ser insensível, não é? Mas também tenho que analisar que esta... que a minha sensibilidade vai para além mais do que o senso comum, não é? Também porque eu fui desenvolvido nessas áreas, não é.”	
<b>E7</b>		“Eu acho que nós muitas vezes já partilhamos, não de uma forma formal, mas partilhamos uns com os outros determinadas dúvidas e receios e ansiedades que temos em relação a determinadas situações, mas acho que, no meu entender, deveria se calhar haver, não sei qual a melhor estratégia,		“Eu pessoalmente tenho sempre tendência a distanciar-me dessas situações, presto... E profissionalmente. Pronto, é uma questão de protecção pessoal, e acho que os meus colegas agem da mesma forma também, porque temos de nos proteger destas situações. Lidamos todos seres humanos, não é?, por	“São mais estratégias pessoais que cada um adquire ao longo da sua experiência e que traz consigo desde o momento que entra para a enfermagem, em termos de bagagem pessoal, de valores (...) Há pessoas que são mais sensíveis a determinadas

		mas algum apoio psicológico no sentido de se promoverem reuniões não só entre colegas do serviço, mas entre colegas de outros serviços e a nível hospitalar, fazerem quase grupos de reflexão... Falar acerca disso, talvez fosse uma forma, uma estratégia.”		isso temos de arranjar estratégias de nos defendermos (... ) há sempre também uma preparação da nossa parte, pois já sabemos que a determinada altura pode acontecer, e portanto há uma... há tempo para a gente se mentalizar também que não há mais nada a fazer, só prestarmos cuidados de conforto à pessoa, tentar promover uma morte mais digna possível.”	situações que outras. [Eu] não me deixo facilmente sensibilizar com essa situações porque senão não conseguia continuar a fazer aquilo que faço. Pessoalmente tento ver as coisas de uma forma racional, tento perceber que se não há mais nada a fazer...”
<b>E8</b>	“Haver uma investigação (...) sobre os casos, sobre o que queremos saber. E essa rapariga, por acaso andei a ver na Internet, num site... uma associação de doentes amputados, por acaso podíamos trazer alguém que tivesse uma situação parecida, até para ajudar para ver se esse alguém, por exemplo, já andava, o que já fazia para lhe mostrar, mas também não havia grandes apoios, o site era brasileiro. Portanto também falta um bocado de informação às vezes, e tentar ultrapassar as situações com isso.”	“(...) depois haverem uns grupos, não uns grupos de formação, até com o apoio de... Nós já tivemos quando foi aquela doente de 15 anos, umas pessoas... tivemos apoio de um psicólogo (...) Era bom que houvesse um espaço onde as pessoas pudessem falar um bocadinho sobre as coisas e até mesmo também como é que eu posso ajudar a doente. o é?”	“Eu acho que uma das estratégias é manter sempre a verdade e sentir bem em conversar sempre sobre as coisas, pronto. Se as coisas aconteceram, mesmo que não seja aquele doente que eu disse, acho que é mesmo manter a verdade e falar sobre as coisas, não andar aqui a... ou fingir que não aconteceu, ou deixar de falar com aquele porque ele não se identifica, não.”		

<b>Domínio: BIOÉTICA [C4-PARTILHA DE DILEMAS BIOÉTICOS]</b>		
<b>Cat</b>	<b>C1-Resolução de problemas</b>	<b>C2-Estabilidade emocional</b>
<b>E1</b>	<p>“Se se falasse com a família, se eles estivessem incluídos nestas divulgações, para tentarem fazer eles perceberem o bem que pode fazer a outros, ou a eles próprios se tivessem família que beneficiassem, eu acho que é um bom motivo.”</p>	<p>“Eu acho que sim, nem que seja para a gente falar um bocadinho daquilo que... que mexe connosco. Nem que seja para outra pessoa, que tenha outro tipo de opinião (...) Para não se perder um bocadinho em grandes divagações. Por exemplo, sei lá. Mexeu comigo, um bocadinho, este senhor. Se calhar sozinho, percebe? Temos que pensar nisto, mas não se pode doar assim os órgãos. Mas se calhar, se a gente falar entre todos, e pensar assim “Não!”, e se alguém me disser “espera lá. Acalma aí as ideias”, também não é bem assim, não é. Todo o mundo choca, mas isto vai fazer bem a umas cinco ou seis pessoas se calhar, que ainda por cima precisam, e acaba por nos fazer chegar outra vez à razão. Pondo também as emoções de lado, e focar para o que é que interessa nesta altura do campeonato.”</p>
<b>E2</b>		<p>“Qualquer dilema que nós temos, a sua partilha é fundamental. Falar nem que seja com um elemento da equipa... porque levar isso para casa é um mau... porque não gosto de levar a minha experiência doméstica para a vida do hospital, para o dia-a-dia do teu serviço, como se deve deixar as coisas do teu trabalho lá... aprende-se a gerir esses dois mundos isolando... embora já aconteceu, em que chego a casa e falar do que se passa aqui, mas não como namorada, simplesmente como enfermeiro. Geralmente acho que o que acontece aqui pode ficar aqui.”</p>
<b>E3</b>	<p>“(...) aqui pela experiência que tenho e das que sinto que possam servir é... pode ser o diálogo, é... um maior diálogo na equipa e se calhar uma maior participação... Às vezes quando ouço colegas a comentar isto ou aquilo, é por que não parece que tenha havido ali algum diálogo entra a equipa toda... estão uns a fazer para um lado, outros não percebem porque se está a desempenhar certo tipo de atitudes, ou porque se está a ordenar certo tipo de atitudes.”</p>	
<b>E4</b>		<p>“Eu também tento, dentro de um dilema que nos aparece, desabafar com um colega... até é bom para nós... é bom para nós... a gente sente-se... não sei como hei-de explicar... descarregado... sente-se que conta o que aconteceu a um colega, quer dizer... sente-se mais aliviado... Embora não seja fácil de o</p>

		fazer...”
<b>E5</b>	<p>“É mais a partilha, e o discutir, e saber o porque que é que determinadas coisas são assim, e porque é que se considera que eticamente é assim que é correcto, e as pessoas estarem alertadas para isso e saberem que poderão não concordar mas perceberem porque é que é assim, não é? E isso já faz com que as pessoas com mais facilidade consigam... portanto lá está, seguirem esses passos e trabalharmos todos da mesma maneira. Quando as pessoas não conseguem perceber porque é que é assim, porque nunca lhes explicaram porque é que eticamente é assim que tem que se fazer, é assim porque é assim, as pessoas não conseguem... e por isso dá-se o confronto e a confusão instala-se.”</p>	<p>“Não só para as pessoas estarem informadas, mas também porque as pessoas ao libertarem aquilo que sentem conseguem depois gerir melhor elas próprias os conflitos, não é? Com os outros e... com elas mesmas não é? Porque isto acaba por ser um conflito interior, muitas vezes.”</p>
<b>E6</b>		<p>“Portanto eu acho que deve ser partilhado... aliás, muitas vezes elas são, em termos de trocas de experiências, das unidades. Nós quando fazemos as nossas jornadas, nós convidamos sempre especialistas de áreas, onde temos sempre convidado pessoas de fora para partilharmos as nossas experiências, não só... quer dizer... no fundo a gente vira-se sempre para aquelas partes objectivas, técnicas, não é?, isso não há duvida, mas apesar de tudo já se vem analisando a parte psicológica da questão, que mexe connosco, e... com todos nós não só os profissionais, como os aspectos éticos, não é? Penso que ainda há muito a fazer, como é óbvio, mas já bastante foi feito.”</p>
<b>E7</b>		<p>“(...) há uma determinada situação que nos impressiona mais, que nos... que mexe mais connosco e... portanto inconscientemente falamos uns com os outros, tentando apoiar e tentar reflectir acerca disso (...) Já muitas vezes também nos aconteceu dar-mos quase situações como perdas e de repente termos surpresas agradáveis, há sempre... eu penso que essencialmente, pelo menos neste momento, em enfermagem, acabamos por desabafar uns com os outros, mas não há se calhar mais nenhuma estratégia de tentar lidar com situações mais delicadas.”</p>
<b>E8</b>	<p>“Partilho-as aqui em determinada relação com colegas, com quem me sinto mais à vontade, e partilho-as em casa também. Acho que até tem umas luzes, quem não está na área, até podem surgir umas ideias diferentes, não é? E porquê. Porque o facto de eu as partilhar... eu quando estou a contá-las quase que já as estou a resolvê-las, a perceber o que eu posso fazer e o que eu não posso fazer. Depois não estou a guardá-las para mim tornam-se muito mais</p>	

	<p>pequenas, não é?, pronto. Se eu guardo para mim “A pensar nisto, e a pensar nisto...” não... tornam-se muito mais pequenas porque são partilhadas. Depois porque a outra pessoa pode ter sempre uma ideia que nós ainda não pensamos.(...) tento procurar as pessoas que eu acho que me possam ajudar”</p>	
--	---	--



<b>Domínio: BIOÉTICA [C5-IMPORTÂNCIA DAS NORMAS E PADRÕES]</b>				
<b>Cat</b>	<b>C1-Concordância com as normas</b>		<b>C2-Exceções às normas</b>	<b>C3-Em caso de conflito</b>
	<b>C11-Como bem fundamentadas</b>	<b>C12-Guias</b>		
<b>E1</b>	<p>“(...) tento sempre ir de acordo com os que já estão escritos, porque parto do princípio que os que estão escritos já foram... não apareceram do nada, não é? É um bocado de confiança de quem fez aquilo. Não foi por “dá cá aquela palha”. Foram coisas bem estudadas, bem estruturadas. Se vão muito em contra aos meus próprios... eu penso que nunca me confrontei com nenhum assim que fosse.”</p>		<p>“[Com um certo caso] ficamos todos muito chocados. E eu própria... e quem tem... na altura na escola tentei saber o que é que eu podia fazer para me recusar a tratar de outro que viesse igual a ele, porque... nem que fosse obrigada. [Outros profissionais] deviam ter a obrigatoriedade de nos dizer, para a gente se poder precaver, porque eu acho que não posso ser obrigada a tratar de uma pessoa daquelas, porque isso vai contra os meus ideais, pronto. E aí então choca. Mas segundo as normas, nós somos obrigadas a tratar de todos, certo? Mas é um dilema que ainda não sei, ainda não sei... Acho que há os objectores de consciência que a gente pode ser, mas também não sei se esses objectores serão... se abarca muita coisa, se abarca pouca...”</p> <p>“Que me esclarecessem sobre isso. Mas isto é um facto, se me voltasse a aparecer alguém que eu desconfiasse, aí sim, de certeza que eu não me ia mexer aquilo que eu conseguisse para não ir contra as minhas ideias, porque há certas coisas que se fazem, que eu</p>	

			até conseguia... prontos, para não ir em contra as normas que estão escritas, conseguia fazer o mínimo que não, que não... que ele não corresse risco de vida, agora outras coisas não.”	
<b>E2</b>		“Do meu ponto de vista, qualquer tipo de critério que exista em nós como definido é importantíssimo porque é isso que nos vai guiar na nossa actuação do dia-a-dia, e se nós não tivéssemos nenhum tipo de critérios, ficamos automáticos. E para mim aceita esses critérios, sei que também são variáveis, mas não deixam de ser importantíssimos. São guias.”		“Eu teria que ultrapassar isso com o meu valor pessoal. Nessa relação entre esses dois padrões, eu não podia fazer uma coisa que está contra aquilo que penso. Seria uma situação... Numa situação dessas pedes uma opinião, como... uma sessão em equipa, como um conjunto, já que não consegues orientar sozinho, vai-se em equipa e sinto mais segurança naquilo que faço, quer para um lado, quer para o outro. Quer seja na minha perspectiva de fazer aquilo que penso, quer faça um esforço contrário ao que penso. Acho que o mais normal seria a equipa ajudar.”
<b>E3</b>			“Eu não sei... não é que não ache que se deva seguir... muitas vezes faço o que está escrito já... provavelmente cabe-nos a nós próprios ajudar também a... pelo menos ter uma maior... um maior conhecimento sobre de facto o que é que pode... até que ponto é que actuar e poder tomar decisões. Agora as nossas... as nossas, eu penso que em relação a determinado tipo de atitudes... nós podemos pensar o que é	“Pessoalmente em relação a mim não. Coisas que possam afectar a nossa... a nossa actuação, o que é que podemos ou fazemos mesmo perante, sei lá... a família. Quando tenho algumas dúvidas tento esclarecer com a equipa... uma coisa é aquilo que achava que devia ter feito, e outra coisa é aquilo que é considerado correcto Também aí às vezes posso ter um bocadinho as

			que... ou pensamos o que fazer em determinado tipo de situação, não sei se depois podemos pô-los em prática perante o que possa estar definido... julgo eu, e aí já é muito..."	minhas dúvidas... e até se calhar aquilo que eu pensaria ou penso talvez fosse o considerado mais correcto, pelo menos numa primeira visão."
<b>E4</b>				
<b>E5</b>		<p>"Em que eu de acordo com os meus valores pessoais eu vou, segundo aquilo que está escrito, vou tentar orientar os meus valores pessoais de acordo com o que eu... portanto, tentar que as minhas atitudes, não é?, vão também de encontro aquilo que está escrito, mas se calhar vou arranjar estratégias e estratégias de forma a que os meus valores pessoais se encaixem naquilo que está escrito e daí elas serem só orientadoras."</p>	<p>"E tenho que os aceitar, independentemente de chocarem com os meus, e acho que nesse aspecto é que é importante haverem normas, e haverem coisas escritas, às vezes, se calhar limitam-nos um bocadinho, não é? Porque acabam por ser taxativas, porque tem que abranger uma série de coisas, e cada caso é um caso e há sempre excepções, mas existem essas normas para as pessoas... se calhar cada uma com os seus valores, conseguirem trabalharem todas e saberem respeitar os valores de outra pessoa, não é?"</p>	
<b>E6</b>		<p>"As normas e padrões vão-nos servir para a gente se conduzir, não é? Eu não sou muito a favor de regras, quer dizer, eu acho que as regras servem-nos para orientar, para ter umas linhas de orientação, mas não quer dizer que serva para todas as situações. (...) Portanto, é ali uma muleta que temos, mas pelo menos já temos alguma coisa, não é? Portanto, se calhar se não tivermos nada, nem pensamos, nem fazemos nada, não é?, mas tendo</p>		

		aquilo já pelo menos fazemos alguma coisa. Eu acho que deve existir, deve existir.”		
<b>E7</b>	<p>“Eu acho que qualquer serviço e qualquer órgão tem que ter normas de actuação e procedimentos de... porque se assim não fosse haveria uma certa anarquia (...) e acho que as normas são essenciais para a gente funcionar todos de uma forma homogénea. De outra forma, nem penso que seria eficaz funcionar dentro de um serviço de saúde.”</p>			<p>“É assim, nós podemos sempre demonstrar o nosso ponto de vista, e acho que essencialmente é necessário é sabermos argumentar o porque de não estarmos de acordo com determinada situação, de determinada decisão, de determinada norma, e há sempre... temos sempre uma margem de manobra de flexibilidade. Podemos sempre contornar as coisas, mas a decisão não é nem pode ser só tomada por nós, tem de ser tomada por nós essencialmente.”</p>
<b>E8</b>		<p>“Mas porque está escrito, tem os passos todos, portanto está tudo escrito, está posto em cada sala, as pessoas foram alertadas e ficaram mais despertas, portanto só o facto de às vezes de haver normas faz com que nós estejamos mais despertos para as coisas, são as nossas obrigações não é? É para isso, é para a bioética é para tudo.”</p> <p>“São uma ajuda. São uma ajuda. Não são leis, são uma ajuda... (...) São guias, acho que são.”</p>		

<b>Domínio: DECISÃO [D1-CARACTERIZAÇÃO DAS DECISÕES]</b>					
Cat	C1- Porque foi um dilema	C2- Que decisões foram tomadas	C3- Factores que facilitem a decisão		
			C31- Informação	C32- Documentos legais/escritos	C33- Opinião/Partilha da decisão
<b>E1</b>			<p>“Eu acho que era o que eu lhe disse. Eu acho que eles haviam de ter o cuidado de nos dizer...”</p> <p>“Informar porque é que eles estavam presos, tendo em conta que sabiam que essas coisas delicadas, que as pessoas querem se recusar a fazer alguns tipos de tratamento a esse tipo de pessoas. Eu acho que devia de ser obrigatório.”</p>		
<b>E2</b>	<p>“Porque aquilo que mais me custa nesta via é ver sofrer uma pessoa, isso faz-me uma confusão enorme, porque eu nunca sofri, e não gostava que ninguém na minha família sofresse, e custa imenso ver alguém sofrer e não poder fazer nada para acabar com esse sofrimento. Mais ainda quando alguém conseguiria fazer alguma coisa, mas ninguém faz por</p>	<p>“Aqui sim, e geralmente somos nós enfermeiros que temos de tomar decisões desse tipo [éticos], em que chamamos a atenção ao médico, em inúmeras vezes, devido a aquele não se quererem chatear muito.”</p> <p>“A única decisão que tomei foi a de alertar o médico, pois é ele que tem o espaço para... encontrei-o no corredor,</p>		<p>“Em termos de esse tipo de coisas só a dar com algum poder de legislação, para alterar isso, e perante isso... ai sim podíamos actuar e algum tipo de problema. Ai podíamos actuar, como num caso de um tipo com febre. Mas aqui era um dilema leve. Podíamos agir numa coisa ou outra, eu acho... Mas os grandes dilemas acabam</p>	<p>“(...) mas aqui realmente acho que... com os médicos conseguimos falar, tomar decisões muito mais únicas. É pá... conseguimos falar “este doente é para investir, este não é para investir, não achas isto?” E assim a nós dá a oportunidade, se calhar de tomar parte nesse tipo de decisões.”</p> <p>“Nós como enfermeiros</p>

	<p>isso. Isto para mim é o pior dos piores. (...) Mas isto faz-me uma confusão enorme. Acho que isto para mim é uma situação muito cerrada.”</p>	<p>conversámos e ele disse “já sei da situação”, falamos dos riscos, disse que gostava que fosse avaliar a situação, ele disse “Ah já sei”; eu disse-lhe “e se fosse o seu pai, gostava de o ver assim”, ficou comprometido, mas disse-me ‘tá bem.”</p>		<p>por ser uma decisão médica. Não sei... a única forma de ultrapassar a lei é tomar uma decisão conjunta. Mas não existe nenhuma legislação que faça isto (...) Oxalá tenhamos umas discussões acerca destes assuntos, para terminar o sofrimento, pois em cuidados intensivos, estes temas são frequentes, e temos pouca oportunidade de abordar o assunto. Acho que devia ser completamente aprovado [Documento escrito pelo utente]”</p>	<p>estamos limitados, pois não temos a capacidade de prescrição médica...de prescrição terapêutica, mas sabemos que existem meios para ultrapassar esse sofrimento, isto é que me faz passar. Para mim a ver o cenário pergunto-me “o que é que eu faço”... eu sei o que é que eu poderia fazer, mas não posso fazer legalmente. Se o fizer, faço mal e fico sem emprego.”</p> <p>“Mas sabe que isto são situações delicadas, estamos a fazer tudo o que é possível”, respondi-lhe “Acha que há alguma coisa mais para fazer”; “acho que não, mas... isto vem descrito nos livros e tal...”, que há outro médico que tem uma opinião diferente, “É pá vejam lá o que estão a fazer”; “a família põe um processo” e por isto tudo o que seja para fazer é feito. Acho que a nossa actuação como enfermeiros... devemos dar a nossa opinião, mas devíamos ter capacidade directa de decisão, com a devida autoridade legal.”</p>
--	--	---	--	--	--

<p><b>E3</b></p>	<p>“[Uma criança que] teve muitos meses internado, a mãe estava cá, até que chegou a uma fase mais... mais terminal, em que ele fazia com alguma frequência paragens respiratórias... paragens cardíacas, e acho que chegou uma altura que a mãe presenciava as paragens e que a gente reanimava, retomava o ritmo rapidamente, mas isto chegou a um ponto que ele fazia isto com muita frequência, e que nós pensávamos que de facto o melhor era não fazer nada... e foi um dilema que nós vivíamos e vivia a mãe. E uma das vezes que ele parou, a mãe praticamente saiu de ao pé dele, nós entramos e uma das coisas que a mãe nos disse é para a gente não fazer nada... para o não reanimar, e...”</p>	<p>“É que depois a decisão foi o reanimar novamente, porque ao mesmo tempo que a mãe dizia para não reanimar, os olhos dela diziam façam qualquer coisa. E quando nós... houve ali um periodozinho que a gente ficou naquilo... o que é que vamos fazer... e perante aqueles olhos acho que... da mãe, acho que reanimamos. Não aconteceu uma situação daquelas banais, mas às vezes podia acontecer. Mas foi aquele dilema que... e depois também nos confrontamos se era de facto correcto não fazermos nada. Mas foi uma situação totalmente complicada.”</p>	<p>“Eu não sei bem o que é que pode... o que é que nos pode ajudar numa situação dessas... é pá, não sei mesmo... Eu não sei se há alguma coisa que nos possa ajudar... na altura haveria de ser bom se calhar para nós podermos depois falar sobre esse tipo de situações que nos vão passando (...) Mas provavelmente era bom poder falar dos sucedidos... talvez uma vez por mês, um pouco falar sobre os pormenores do dia-a-dia.”</p> <p>“Sim. Situações que nos podem ter criado alguma... alguma dúvida... se se pudesse falar abertamente. Às vezes falasse na passagem de turno, mas não sei se era melhor um espaço mais à vontade.”</p>		<p>“Acho que sim. Acho que... é um pouco aquilo que tinha dito, se houver de facto tomada de decisões um pouco em conjunto, não é? Pronto, sou capaz de considerar que há uma parte médica que provavelmente terá um maior poder de decisão de... mas acho que se for partilhado...e que muitas vezes há situações que lhes pode até passar um pouco ao lado pelo simples facto de nós estarmos mais com o doente, pronto...”</p>
<p><b>E4</b></p>	<p>“O dilema foi... foi... era uma rapariga saudável até há pouco tempo e de um momento para o outro ficou com um quadro séptico... e de um momento para o outro ficou sem os braços e sem as</p>	<p>“E então eu fui falar mesmo com o médico, mas porque era um médico que eu podia ter uma conversa com ele e ele aceitaria a minha resposta, porque a nem todos eu faria isso (...) e a rapariga... aquilo</p>	<p>“(...) sabia que era capaz de ter uma abertura de me deixar fazer as coisas, mas há outros que...mesmo achando que eu podia estar certo, mas como o outro escreveu que... o da cirurgia plástica disse que era</p>		<p>“Com o médico, exacto. Foi da opinião dele e... não ia alterar uma coisa que... o médico da doente não concordaria, não é? Tenho sempre de falar com ele primeiro antes disso.”</p>

	<p>pernas, uma rapariga com trinta anos de idade. Quer dizer... e nós não pensamos que vamos ter aquelas doenças, mas não pensamos que... como é que uma pessoa saudável e com uma vida normal, de um momento para o outro fica completamente super-dependente dos outros. (...) Mas isto, e voltando um pouco mais atrás... e é este dilema que muitas vezes a nós se põe, ou seja “isto aconteceu a este e se me acontece a mim?”, ninguém está livre de uma situação destas.”</p>	<p>evoluiu espectacularmente em 15 dias e ela foi daqui curada para o H. E tinha bastantes feridas ainda de abrasões, de zonas de excertos, e tudo isso e aquilo ficou espectacular.”</p>	<p>assim, assim, ele escreveu e este não iria desresponsabilizar o outro e iria continuar como estava, e eu... mas aquele não foi o caso, e ainda bem por isso.”</p>		
<b>E5</b>	<p>“Em termos religiosos, eu tenho que respeitar a religião dos outros, não consigo entender porque é que funcionam de determinada maneira, mas tenho que aceitar, como profissional de saúde revolta-me porque eu sei que se calhar aquelas transfusões iam ser o <i>life saving</i> dele (...) E isso revolta... como profissional de saúde revolta-me porque acho que tudo deve ser feito no sentido de salvar a vida.</p>	<p>“Nessa altura, as decisões que tomei era assim, eu tinha que... respeitar a parte... lá está, da bioética que está legislada, o doente assina que não quer, não é? Portanto eu não sou ninguém para passar por cima dessa decisão, embora saiba que ele não a tomou, pronto, por vontade própria. Não posso fazê-lo, não é?”</p>	<p>“(...) se calhar as conversas interdisciplinares, e se calhar estar mais bem informada sobre aquilo que se está a passar. Mais nesse sentido.”</p>		



	Como... a parte religiosa entrou em choque, porque não consigo entender, e pronto... depois pelo lado humano também, porque percebi que aquele senhor, por ele não havia problema, e isso revolta ainda mais. Isto foi uma situação que se prolongou por muitos dias, a agravar o processo, e o senhor, a degradação dele... e isso realmente chocou-me”				
<b>E6</b>	“Eu podia ter deixado a mãe estar mais tempo com o filho, porque se calhar não o iria ver outra vez... palavra que não vejo assim nada... se calhar fui mais agressivo na abordagem... não vejo... porque não... não sei, não sei. Há uma série de passagens de situações vividas que a gente gostava que tivesse outro desfecho, mas por incapacidade...”				“Eu acho que indirectamente a nossa opinião tem algum efeito, não é determinante, mas é importante.”
<b>E7</b>	“(...) já me deparei algumas, é com a situação em questões religiosas, não que seja... sou católica, mas não seja... tenho princípios católicos e consigo aceitar que outros tenham outras	“Em termos de decisões... saber... tentar comunicar com o doente por forma a perceber... tentar perceber até mais... numa dessas situações tentei aproximar-me mais do doente e tentar perceber a	“Portanto a tomada de decisão é, dar algum conforto ao doente e à família. Não há nenhum factor que pudesse melhorar isso, a não ser a gente saber comunicar melhor com as pessoas, mas isso está		“Acaba por não... em termos de enfermagem acaba não ser tanto uma decisão nossa, porque tudo tem a ver em termos clínicos... deixarmos de ter uma resposta favorável em termos de evolução

	<p>religiões. Como pessoa de ciência, custa-me que aquela vida se perca com uma coisa que, no caso dos Jeová's, com uma anemia que poderia facilmente resolver-se... reverter essa anemia, não o pudermos fazer por ir contra as crenças pessoais dessa pessoa.”</p>	<p>convicção dessas crenças. (...) E depois lidar com a família para tentar que haja... normalmente às vezes até acaba por ser mais problemático. (...) os familiares sabendo de todas as questões aceitem que não há mais nada a fazerem, apesar de saberem o porque, aceitem que não há mais nada a fazer, mas às vezes há que tentar dar-lhes mais algum apoio. Nesse sentido são as nossas decisões.”</p>	<p>intrínseco, acaba-se por aprender a lidar com essas situações e se calhar a primeira vez com que me deparei com a situação lidei de uma forma se calhar mais fria mais... fria não no sentido do tratamento ao doente, mas se calhar distanciei-me mais porque não sabia lidar com a situação. Se calhar a ultima vez que me aconteceu isso já tive mais... como lhe disse tive a tentar perceber melhor que convicções são estas.”</p>		<p>clínica, não é?, e portanto a decisão e colocar um doente em cuidados paliativos, e prestarmos os cuidados só de conforto ao doente parte mais de uma decisão clínica do que da parte de enfermagem. Uma preparação para a gente lidar com isso?”</p> <p>“Tudo o que diz respeito ao doente tem de ser por nós e pelo médico, agora temos é de ter a oportunidade e flexibilidade de poder discutirmos isso com o médico e em conjunto, mesmo que a gente tenha que se reportar às nossas chefias para em conjunto tentar resolver da melhor maneira.”</p>
<b>E8</b>	<p>“Porque é que me fez sentir? Fez-me sentir porque no fundo ia ser tomada uma atitude que com a qual eu primeiro não concordava, e foi isso que me...”</p>	<p>“Então as decisões que tomei foi, as que tenha tomado, foi: contei o caso ao meu marido, contei e ele depois também me disse que “Olha porque é que não vais falar com padre X” (...) Depois fui procurar informação, fui procurar qual era o parecer da comissão de ética, e o que é que estava escrito sobre o assunto. Depois fui-me englobar da história da família, o percurso</p>	<p>“Mas tenho que arranjar... se calhar foi um bocadinho por recurso à igreja, não posso dizer que a minha decisão, que a minha opinião no fim tenha ficado contra, mas fiquei bem com isso, e isso é que é importante, é o que conta. Desde que eu tenha conseguido, porque no fundo sou eu que estou aqui a viver todos os dias o que vivemos e tenho que encontrar alguma</p>	<p>“E cada vez vai ser mais, porque com estas tecnologias nós felizmente muitas vezes intervêm-se e na maior parte dos casos, uma grande percentagem. Outras vezes acabam por ficar aqui anos e anos sem hipótese nenhuma, sem... e não há nada que legisle a nível do... é um bocadinho o bom senso e a consciência de cada um.”</p>	<p>“Não é a primeira vez que quando há esse tipo de decisões está presente o chefe de equipa nessa decisão. Não lhe sei dizer se tem um peso muito grande para a decisão que é depois tomada, mas eu até acho que já é tida mais em conta (...) acho que já não há interacção entre os grupos... pronto. E a coisa ficou... já não existe tanto essa partilha... e chamar também o</p>

		<p>do filho... acho que foi um percurso muito... e nós na altura ficamos muito impressionados (...) E depois foi perceber o que é que eu tinha que fazer para ali, que era continuar a fazer as coisas que o doente precisava, e pronto.”</p>	<p>coisa que...”</p>		<p>enfermeiro da sala, o enfermeiro chefe de equipa ou quem esteja para tomar decisões, neste momento.”</p> <p>“[Acerca do caso] A decisão, nós fomos ouvidos a nossa opinião (...) se chegasse a altura e o senhor falece-se deixava-se... e pronto, e a família estava presente nessa altura e o filho (...) entrava também. Ele contava... é engraçado. Ele fez o percurso, e também com um padre amigo, visto ser praticante, e que percebeu que o pai já tinha sido chamado a morrer antes, e que portanto, aquilo não era mais do que... do que... é muito complicado.”</p>
--	--	---	----------------------	--	---

<b>Domínio: DECISÃO [D2-CONSULTORES E HIERARQUIAS]</b>					
<b>Cat</b>	<b>C1-Comunicação/Debate</b>	<b>C2-Comissões de ética</b>	<b>C3-Poder de decisão</b>	<b>C4-Descentralizar/Centralizar a decisão</b>	<b>C5-Economia</b>
<b>E1</b>	<p>“Eu penso que eles pensam... prontos, também essas coisas quando acontecem, esses dilemas bioéticos, também não acontecem todos os dias, não é? Se calhar não se justificava eles que permanentemente tivessem... sei lá... tentarem comunicar conosco em relação a isso. Quando a gente o faz, encontrar um problema que é tabu e tenta que... algum esclarecimento que melhora... eles são acessíveis.”</p>	<p>“Nem sei quais são as pessoas que pertencem. Sei que elas existem, e que estão lá, e que cada vez que surge algum problema são contactadas, mas ... eu penso que sim que são acessíveis. Pelo menos nunca me pareceu, neste tempo que estive aqui, que houvesse assim algum tipo de falta de comunicação com eles.”</p>			
<b>E2</b>				<p>“Acho que as situações são mais complexas dos problemas vistos sob outras perspectivas, e acho que deviam descentralizar as decisões, e serem um pouco mais estudadas. Acho que é a única possibilidade que há. Aliás nós tivemos um caso (...) e acharam por bem não aceitar na unidade. No entanto fazem uma chamada</p>	

				<p>para a direcção do hospital e decidem que o doente tem que entrar... Mas porque? “Tem que entrar e pronto.” Não foi uma decisão médica nossa. Foi uma decisão médica superior que disse que tinha de ser assim. E tem que ser tem... ou seja é um abuso de poder... ou seja a única hipótese que nós temos é descentralizar esse tipo de decisões, e abrir um pouco mais o campo de visão, nesse tipo de decisões.”</p>	
<b>E3</b>	<p>“Provavelmente fornecer algumas informações sobre esta problemática. Normalmente pensasse que não vai haver nada de novo, mas pelo menos documentos mais elaborados que nos possam fazer reflectir sobre as coisas. Aqui internamente no serviço também devem acompanhar essas informações e torná-las mais bem definidas. (...)A informação para que todos saibamos com o que é que contamos, até onde é que podemos... se haverá um ou outro aspecto que teremos de estar atentos. Depois é</p>			<p>“Eu habitualmente em situações mais terminais, em decisões a serem tomadas, por exemplo o desligar de um ventilador, é uma decisão a tomar que toda a gente tem de tomar. Portanto essas atitudes deviam dar um certo a vontade até para lidar com as situações. Uma coisa é a gente estar a falar com um familiar que pode eventualmente indicar alguma coisas sobre determinada situação e a gente por trás sabe que não, e irá afectar em determinada atitude. Quando eles sabem que em influência é mais</p>	

	diferente uma pessoa funcionar com a informação, e se todos os elementos da equipa estiverem informados, todos sabemos que há algumas coisas que temos de estar atentos.”			fácil... será mais fácil para todos... todos estamos a lidar com uma situação, todos temos conhecimento dela, não há enganos de parte a parte.”	
<b>E4</b>					“(...) e depois é assim...é muitas vezes as pessoas é que não sabem como é que se faz... como é que se trata um doente. E então ao fazer como... mas tendo como objectivo fazer isto, diminuindo isto, poupando isto, tem que o fazer. O que acontece depois vamos ver. Muitas vezes essas hierarquias... e eu não falo em termos de chefe de serviço, porque o chefe de serviço tem esse conhecimento. Falo para além dessas pessoas... para lá desses chefes de serviço que as chefes também não têm muitos poderes para alterar, não é? Os chefes mostrando, como mostra agora com o NAN e com o NES, o tempo de horas que os enfermeiros precisam e tudo isso, não é? Se isso vai ser suficiente para manter os

					<p>cuidados, vamos ver, mas por aquilo que eu me apercebi ela vai mesmo tirar as 42 horas, e isso vai diminuir horas de trabalho directamente aos cuidados aos utentes, não é? Não sei como é que vai ser. Isto em termos de um patamar mais acima da administração.”</p> <p>“Só se for pela desmotivação dos profissionais de saúde. Porque agora assim como assim como norma que possa alterar alguma coisa não estou a ver.”</p>
E5		<p>“Trabalho aqui há uma série de anos, sei que existe, mas não... nunca... nunca apareceram não... pronto, sei que há um ou outro caso que vão lá parar, é analisado lá, mais tarde sabemos que houve... quais foram os resultados, mas nunca houve um contacto directo com os profissionais. (...) É assim, eu... lá está, aqui no serviço lembro-me de dois ou três casos que tenham ido lá parar acima. (...) Aquilo que se pode resolver no serviço, mas lá está nunca houve contacto</p>		<p>“[As decisões] Não normalizá-las. Isso eu penso que não, porque isso já há uma determinada legislação para determinados aspectos. Acho que isso não. Que isso deve ser uma coisa que é de discussão, não é? Cada pessoa, cada argumento é válido, não é? Deve ser analisado no seu todo. Cada um daria a sua opinião sobre determinada situação e em conjunto chegaríamos a um consenso, não quer dizer que aquilo que sai dali seja para aplicar sempre em todos os</p>	

		<p>com os profissionais, não os conheço.”</p> <p>“(…) isto são tipo informação individual que é dada ao director de serviço. Eu posso chegar ao pé dele e dizer-lhe que não concordo com isto, com o que está a acontecer, porque é que isto é assim, porque é que não é assim. Não há uma reunião formal em que é posto o caso à equipa, pronto, não há aqui neste serviço nunca se pôs. Eu acho que faz falta, não é? Porque se calhar se até se houvesse essa reunião, se calhar tinha-se resolvido, e se calhar nem precisava de chegar ao departamento, se calhar todos juntos acabaríamos por chegar a uma conclusão. Não, as conversas são isoladas, prontos... ultrapassa se calhar é o poder de decisão da equipa. Realmente se calhar eles tem razão, eu também tenho, o que é que eu vou fazer, acaba por ser tudo... acaba por estar envolvido o departamento, mas não é costume, não há</p>		<p>casos, não é? Nada... não ia sair dali uma regra, não é? Ia sair dali uma maneira de poder lidar com determinada situação, num fórum.”</p> <p>“(…) estava-me a lembrar agora com outro tipo de situações bioéticas que nos acontecem com muita frequência aqui na unidade, doentes a que se chega a conclusão que é apenas para manter cuidados paliativos, mais nada, e (...) Quando confrontamos o médico perante essa situação (...) Há uma certa relutância em mudar os parâmetros (...) neste momento eu pelo menos, e se calhar alguns colegas mais velhos, nem sequer ponho em questão mudar a modalidade. Chego lá, mudo a modalidade, e está mudado e fica em volume controlado. Se calhar adquiri alguma autonomia nesse sentido, não é? Se calhar sei que, manter em cuidados paliativos também tem muito de enfermagem, não é? E então há determinadas situações que eu posso</p>	
--	--	--	--	--	--



		muita utilização do departamento.”		também gerir, embora seja uma decisão considerada médica, neste caso é paliativo, portanto eu vou fazê-lo, e faço, não é?”	
<b>E6</b>	<p>“E mediante os problemas que a gente tem, pode tentar chamar a atenção, tentar resolver ou dar informação, ou tempo de discussão sobre os assuntos, ou... bem poder actualizar mediante as regras, até as que existem na instituição, determinado tipo de situações de linhas de orientação, aquelas que a instituição conhece...”</p>	<p>“(...) acho que eles tem cá no serviço uma comissão, em que fazia parte pelo menos dois enfermeiros, e quando... portanto eles tem até um papel de procedimentos que... portanto, aplica-se no momento em que se altera...”</p> <p>“(...) ainda há uns anos atrás perguntaram a um grupo de enfermeiros se queriam colaborar ou não... e lá está, aqui há uma vertente até em que... “É pá! Desculpem lá, mas eu estou aqui na manutenção da vida. Eu estou aqui a tratar de um ser humano, não estou aqui...”, “Estou aqui a fazer o quê? Estou aqui a cuidar a um cadáver ou a cuidar de um ser humano?”, e portanto eu acho que isso ainda hoje levanta alguns problemas éticos em relação a isso.”</p>	<p>“Existem decisões de enfermagem totalmente autónomas, não é?, se bem que, neste momento desta entrevista, isso esta numa fase... a gente está a perder muito da nossa autonomia. É obvio que esta autonomia, quer legalmente, quer... ou mesmo eticamente, teve sempre relacionado com os outros profissionais com os quais a gente trabalha, nomeadamente os médicos. A gente também não vai tomar decisões que entre em desacordo com o resto da equipa, não é? Portanto, essas decisões são tomadas de forma autónoma de acordo, ao melhor beneficio do doente e portanto, a partir daí...”</p> <p>“[As decisões]existem, não é?, só que as vezes, claro, que são discutidas, como é obvio, não é? Se não fossem discutidas é que era um</p>		<p>“A gente sente que eles não estão tão despertados para estes problemas éticos, como estão para estes problemas imediatos, os números, e os consumos, e as intervenções. Isto não lhes interessa porque não é palpável... Olha eu estive agora aqui a conversar com o familiar uma hora, e essa hora não é considerada. E se calhar os nossos familiares poderiam pensar que podíamos ter mais disponibilidade para isso. Tão simples como isso... Quer dizer, estou agora aqui, não é?, e eu penso que em termos de éticos, e em termos... faz-me pensar, faz-me abordar um tema que se calhar eu não pensava à já não sei quanto tempo, mas se o meu superior hierárquico chegar aqui e “Então você o que é que produziu agora? Nada.”, “ Não virou três doentes, não fez isto, não fez aquilo...”</p>

			bocado de admirar, mas elas existem. E sempre que é visto como uma melhoria no entender de toda a equipa da prestação de cuidados de enfermagem, e da melhoria do doente, e que essa prestação dos cuidados de enfermagem permite uma melhor prestação de cuidados, quer dos auxiliares, quer dos psicólogos, dos dietistas, ou dos médicos, ela é sempre vista com bons olhos, não é?”		
E7		“(…) tem que estar todos a trabalhar no mesmo sentido, e portanto há tomadas de decisão (…) que às vezes são tomadas por questões políticas e nem sempre são essas as decisões que resolvem os problemas com que a gente se depara (…) nem sempre as decisões hierarquicamente de instancia superiores são as mais adequadas em termos de qualidade e em termos éticos porque se formos a pensar que se calhar o doente só consegue ver o enfermeiro no início do turno e no final, não é?,isso levanta algumas			

		<p>questões éticas: Qual é que é o acompanhamento que esse doente está a ter em termos de enfermagem, não é? E muitas vezes acontecem situações onde se chega tarde demais por decisões que foram tomadas por quem não está no terreno propriamente dito.”</p> <p>“O primeiro passo... pronto, surge de... sobretudo da avaliação clínica do doente, e mediante isso, que é analisado pela equipa médica, o director clínico transporta à comissão de ética que não tenho a certeza dos... está a enfermeira directora, se não estou em erro, alguns elementos da administração do hospital, e o director clínico que neste caso é o nosso director do serviço inclusive, que são responsáveis por essa tomada de decisão. E a parte jurídica também está presente.”</p>			
<b>E8</b>	<p>“Eu acho que eles nos podem ouvir. Ouvir alguém que tem... eu acho que as pessoas não tem noção do que é que se passa nos serviços, quais</p>	<p>“Aqui foi desta vez, tanto que foi... a primeira parte do parecer do estado... do gabinete dizia que dada a situação do hospital no</p>			

	<p>são as dificuldades, até mesmo uma coisa estúpida, porque é que às vezes comprar uma coisa mais barata para nós e para o doente não é benéfico. Se as pessoas quisessem... eles não querem porque lhes custa imenso gastar dinheiro, mas se quisessem podiam perceber o porque algumas atitudes, porque as pessoas não tem noção, mesmo quem está um nível mais acima não sabe o que é que se passa. Era só quererem saber. Pois era tentar perceber... depois quando tem familiares internados é para o Hospital A, tem uma vida melhor... eu não quero dizer com isto que acho mal ou acho bem, eu acho é que as pessoas não têm noção porque não passam pelas coisas que os outros pessoas passam.”</p>	<p>caso... pronto, de um doente em estado vegetativo permanente que não se... isto foi há dois anos talvez, nem isso, talvez nem há dois anos... e que permitia chegar a um qualquer parecer que no fundo é isto mesmo, é a conciliação, se se puder conciliar entre as partes profissionais e a família, se puderem intervir com todos é mesmo isso... é impossível algo do género “Faça-se isto.” Ou... é um parecer, não é? E foi assim o caso mais complicado.”</p>			
--	---	---	--	--	--

<b>Domínio: DECISÃO [D3-AUXILIARES DE DECISÃO]</b>					
Cat	C1-Práticas baseadas na evidência	C2-Instituições com acreditação de qualidade		C3-Instituições sem acreditação de qualidade	
		C21-Preocupação da acreditação	C22-Sentimento de perda de qualidade	C31-Preocupação económica	C32-Preocupação de organização
E1				<p>“Não, acho que não. Eles estão lá por cima. Acho que eles estão preocupados só com os custos, é. Eles preocupam-se com o que a gente gasta e com o que a gente não gasta, agora com as normas e isso...”</p> <p>“Mas noto que indirectamente através do nosso chefe, desde que estamos com estas novas... CHLO's e etc., que temos tido muito mais chamadas de atenção de atenção lá de baixo, isso nota-se mas pronto. Também não quer dizer que esteja completamente errado, que a gente às vezes até gasta um bocado...assim... sem pensar um bocado o que está a fazer, mas que se nota um bocado mais controle, nota.”</p>	
E2	“Não. Acho que é uma forma muito rígida de exercer enfermagem, quando nós temos de ter uma abordagem				

	mais flexível. Não há como a vida para lidar com a enfermagem.”				
<b>E3</b>					
<b>E4</b>					
<b>E5</b>		<p>“[As auditorias preocuparam-se se os] protocolos, se estavam bem elaborados, se não estavam bem elaborados. A parte mesmo humana dos recursos humanos dos recursos humanos do serviço nunca... ainda nunca foi... alias, o hospital foi acreditado e eu não percebo como, mas pronto, isso é outro aspecto, mas não nos dá assim grandes indicativos de quais as acções de enfermagem a aplicar um bocadinho essas alterações.”</p> <p>“(…) não posso dizer que este serviço funcione mal porque eu acho que há muita dedicação da parte de enfermagem, e mesmo da parte médica, e de auxiliares, portanto da equipa toda, aos doentes e acho que tentamos manter o melhor da qualidade, que é bastante bom mesmo comparado com os serviços</p>			

		dos quais tenho conhecimento, e acho que esse nível de qualidade não aumentou, nem diminuiu por causa do King's Fund, portanto ele não teve grande influência nas nossas ações. Não quer dizer que noutros sítios isso não aconteça, o nosso nível de qualidade não melhorou por causa do King's Fund.”			
<b>E6</b>					“Eles andaram a trabalhar os padrões de qualidade, as normas, os procedimentos, e não sei o quê. É por causa do King's Fund, não é? É por causa da certificação. Tenho ouvido falar nisso, das auditorias, que vieram cá por causa do espaço do material, do espaço dos doentes, das cortinas (...) Sim, sei lá... por exemplo, o carro de urgência. Como é que o carro de urgência tem que estar, tem que ser repostado, a disposição de material, mas eu acho que às vezes os enfermeiros já andam um bocado à frente... a disposição...”
<b>E7</b>		“(...) e portanto às vezes denota-se uma certa estagnação por parte de quem	“Sinceramente, não. Sinceramente nesse momento penso que... a minha opinião		

		<p>decide por que não se consegue sentir uma evolução positiva... como é que eu hei-de... às vezes é complicado, pronto, nós tivemos uma situação de mudança de direcção há pouco tempo, e uma das primeira coisa que, e sendo este um hospital que está acreditado por um fundo de qualidade, a primeira coisa que a nova administração teve como atitude, foi contratar pessoal com mão-de-obra mais barata (...) e portanto essa tomada de decisão afecta-nos a todos, porque a lista de espera na urgência aumenta, os cuidados são prestados de uma forma mais stressante e com menor qualidade, pelo menos não podemos chegar a todo o lado, alguma coisa há-de ficar para trás, e portanto não se consegue chegar a tudo.”</p>	<p>pessoal é de que estamos a perder muito os padrões de qualidade, e estamos a ver muito uma instituição de saúde... portanto está-se a dirigir muito uma instituição de saúde como uma empresa, porque em primeiro lugar está o aspecto quantitativo, os aspectos económicos e depois vem a qualidade, a suposta qualidade aos cuidados do doente. (...) em termos organizacionais há esse objectivo, que sejam atingidos determinados critérios de qualidade, mas em termos práticos fazem completamente o oposto: cortam pessoal, poupam em variadíssimas questões de material, e portanto nem sempre... nem sempre se percebe muito bem quais são os critérios de atribuição de um fundo de qualidade como o que este hospital tem. Neste momento como as coisas aqui, o panorama... não só daqui mas dos outros serviços, não é... o principal objectivo não parece que seja a qualidade.”</p>		
<b>E8</b>					<p>“Eu acho que agora há, porque nós fomos sujeitos a uma auditoria para os níveis de</p>



					<p>qualidade, mas agora deu-me uma branca, mas sei que agora há e para o serviço também há. Agora cada serviço tem de ter um dossier com protocolos... e eu penso que há mas agora não me lembro.”</p> <p>“Não, não. No dia que eles cá vieram o serviço estava mais arrumado, e é só. Mas não, não houve assim repercussões. [sem repercussões para os cuidados aos utentes].”</p>
--	--	--	--	--	---

**ANEXO VII**

***Outputs da análise das variáveis***

Apresentam-se aqui as tabelas da análise estatística das variáveis e dos resultados obtidos pela recolha de dados no questionário. Os dados foram trabalhados em SPSS® v12.0 e serviram de base para os gráficos apresentados no capítulo 5.

**Statistics**

		Idade	Anos de Exercício Profissional	Anos de Actividade em Cuidados Intensivos
N	Valid	76	76	76
	Missing	0	0	0
Mean		32,37	9,50	7,04
Std. Deviation		7,120	6,616	5,963
Variance		50,689	43,773	35,558
Skewness		,554	,447	,801
Std. Error of Skewness		,276	,276	,276
Kurtosis		-,549	-,752	-,210
Std. Error of Kurtosis		,545	,545	,545
Range		29	25	24
Minimum		23	1	1
Maximum		52	26	25

**Tabela 1 – Análise estatística das variáveis “Idade”, “Anos de Exercício Profissional” e “Anos de Actividade em Cuidados Intensivos” [Output SPSS v12.0]**

**Idade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	[23-27[	23	30,3	30,3	30,3
	[27-31[	11	14,5	14,5	44,7
	[31-35[	14	18,4	18,4	63,2
	[35-39[	13	17,1	17,1	80,3
	[39-43[	9	11,8	11,8	92,1
	[43-47[	3	3,9	3,9	96,1
	[47-51[	2	2,6	2,6	98,7
	[51-54[	1	1,3	1,3	100,0
Total		76	100,0	100,0	

**Tabela 2 – Análise estatística da frequência da variável “Idade” pelas suas classes [Output SPSS v12.0]**

**Anos de Exercício Profissional**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	[1-5[	23	30,3	30,3	30,3
	[5-9[	12	15,8	15,8	46,1
	[9-13[	14	18,4	18,4	64,5
	[13-17[	14	18,4	18,4	82,9
	[17-21[	10	13,2	13,2	96,1
	[21-25[	1	1,3	1,3	97,4
	[25-29[	2	2,6	2,6	100,0
Total		76	100,0	100,0	

**Tabela 3 – Análise estatística da frequência da variável “Anos de Exercício Profissional” pelas suas classes [Output SPSS v12.0]**

**Anos de Actividade em Cuidados Intensivos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	[1-4[	30	39,5	39,5	39,5
	[4-7[	14	18,4	18,4	57,9
	[7-10[	8	10,5	10,5	68,4
	[10-13[	9	11,8	11,8	80,3
	[13-16[	8	10,5	10,5	90,8
	[16-19[	4	5,3	5,3	96,1
	[19-22[	2	2,6	2,6	98,7
	[25-28[	1	1,3	1,3	100,0
Total		76	100,0	100,0	

**Tabela 4 – Análise estatística da frequência da variável “Anos de Actividade em Cuidados Intensivos” pelas suas classes [Output SPSS v12.0]**

**Sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	26	34,2	34,2	34,2
	Feminino	50	65,8	65,8	100,0
Total		76	100,0	100,0	

**Tabela 5 – Análise estatística das variáveis “Sexo” [Output SPSS v12.0]**

**Categoria Profissional**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enfermeiro	33	43,4	43,4	43,4
	Enfermeiro Graduado	43	56,6	56,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 6 – Análise estatística das variáveis “Categoria Profissional” [Output SPSS v12.0]**

**Habilitações Literárias**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bacharelato	25	32,9	32,9	32,9
	Licenciatura	51	67,1	67,1	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 7 – Análise estatística das variáveis “Habilitações Literárias” [Output SPSS v12.0]**

**Statistics**

		Idealismo	Relativismo	Total QAE
N	Valid	76	76	76
	Missing	0	0	0
Mean		38,63	29,71	68,34
Median		39,00	30,00	68,00
Mode		40	25(a)	61
Std. Deviation		4,615	5,349	7,286
Variance		21,302	28,608	53,081
Skewness		-,307	,056	,400
Std. Error of Skewness		,276	,276	,276
Kurtosis		,518	-,664	-,038
Std. Error of Kurtosis		,545	,545	,545
Range		25	24	35
Minimum		25	18	53
Maximum		50	42	88

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

**Tabela 8 – Análise estatística da soma dos resultados das variáveis “Idealismo”, “Relativismo” e “Total QAE” [Output SPSS v12.0]**

**Idealismo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25	1	1,3	1,3	1,3
	29	1	1,3	1,3	2,6
	30	3	3,9	3,9	6,6
	31	1	1,3	1,3	7,9
	32	1	1,3	1,3	9,2
	33	4	5,3	5,3	14,5
	34	3	3,9	3,9	18,4
	35	2	2,6	2,6	21,1
	36	5	6,6	6,6	27,6
	37	6	7,9	7,9	35,5
	38	8	10,5	10,5	46,1
	39	6	7,9	7,9	53,9
	40	10	13,2	13,2	67,1
	41	4	5,3	5,3	72,4
	42	6	7,9	7,9	80,3
	43	8	10,5	10,5	90,8
	44	2	2,6	2,6	93,4
	45	1	1,3	1,3	94,7
	46	1	1,3	1,3	96,1
	47	1	1,3	1,3	97,4
	49	1	1,3	1,3	98,7
	50	1	1,3	1,3	100,0
Total		76	100,0	100,0	

**Tabela 9 – Tabela de distribuição dos resultados obtidos nas respostas referentes à secção “Idealismo” [Output SPSS v12.0]**

**Relativismo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18	1	1,3	1,3	1,3
	20	1	1,3	1,3	2,6
	21	2	2,6	2,6	5,3
	22	3	3,9	3,9	9,2
	23	4	5,3	5,3	14,5
	24	2	2,6	2,6	17,1
	25	8	10,5	10,5	27,6
	26	1	1,3	1,3	28,9
	27	5	6,6	6,6	35,5
	28	8	10,5	10,5	46,1
	29	2	2,6	2,6	48,7
	30	4	5,3	5,3	53,9
	31	4	5,3	5,3	59,2
	32	6	7,9	7,9	67,1
	33	5	6,6	6,6	73,7
	34	4	5,3	5,3	78,9
	35	4	5,3	5,3	84,2
	36	6	7,9	7,9	92,1
	37	1	1,3	1,3	93,4
	38	1	1,3	1,3	94,7
	39	1	1,3	1,3	96,1
	40	2	2,6	2,6	98,7
	42	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 10 – Tabela de distribuição dos resultados obtidos nas respostas referentes às secções “Relativismo” [Output SPSS v12.0]**

**Total QAE**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	53	1	1,3	1,3	1,3
	56	1	1,3	1,3	2,6
	57	1	1,3	1,3	3,9
	58	3	3,9	3,9	7,9
	59	2	2,6	2,6	10,5
	60	2	2,6	2,6	13,2
	61	6	7,9	7,9	21,1
	62	2	2,6	2,6	23,7
	63	3	3,9	3,9	27,6
	64	4	5,3	5,3	32,9
	65	3	3,9	3,9	36,8
	66	3	3,9	3,9	40,8
	67	5	6,6	6,6	47,4
	68	5	6,6	6,6	53,9
	69	5	6,6	6,6	60,5
	70	3	3,9	3,9	64,5
	71	3	3,9	3,9	68,4
	72	3	3,9	3,9	72,4
	73	1	1,3	1,3	73,7
	74	4	5,3	5,3	78,9
	75	3	3,9	3,9	82,9
	76	3	3,9	3,9	86,8
	77	1	1,3	1,3	88,2
	78	3	3,9	3,9	92,1
	79	3	3,9	3,9	96,1
	84	1	1,3	1,3	97,4
	87	1	1,3	1,3	98,7
	88	1	1,3	1,3	100,0
Total		76	100,0	100,0	

**Tabela 11 – Tabela de distribuição dos resultados obtidos das somas das respostas obtidas no QAE [Output SPSS v12.0]**

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Xidealismo	10	2,30	4,75	3,8620	,79854
Xrelativismo	10	1,86	3,63	2,9700	,61453
Valid N (listwise)	10				

**Tabela 12 – Médias das pontuações obtidas nos vinte itens referentes às ideologias [Output SPSS v12.0]**



**Statistics**

		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10
N	Valid	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		4,75	4,29	3,47	4,43	4,47	4,24	2,30	4,38	3,00	3,29
Std. Deviation		,465	,830	1,125	,854	,683	,907	,994	,653	1,020	,921
Variance		,217	,688	1,266	,729	,466	,823	,987	,426	1,040	,848

**Tabela 13 – Médias das pontuações obtidas nos dez itens referentes à ideologia “Idealismo” [Output SPSS v12.0]**

**Item 1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Neutro	1	1,3	1,3	1,3
	Concordo	17	22,4	22,4	23,7
	Concordo Totalmente	58	76,3	76,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 14 – Frequências relativas ao Item 1 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	5	6,6	6,6	6,6
	Neutro	3	3,9	3,9	10,5
	Concordo	33	43,4	43,4	53,9
	Concordo Totalmente	35	46,1	46,1	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 15 – Frequências relativas ao Item 2 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 3**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	2	2,6	2,6	2,6
	Discordo	16	21,1	21,1	23,7
	Neutro	18	23,7	23,7	47,4
	Concordo	24	31,6	31,6	78,9
	Concordo Totalmente	16	21,1	21,1	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 16 – Frequências relativas ao Item 3 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 4**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	5	6,6	6,6	6,6
	Neutro	3	3,9	3,9	10,5
	Concordo	22	28,9	28,9	39,5
	Concordo Totalmente	46	60,5	60,5	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 17 – Frequências relativas ao Item 4 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 5**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	2	2,6	2,6	2,6
	Neutro	2	2,6	2,6	5,3
	Concordo	30	39,5	39,5	44,7
	Concordo Totalmente	42	55,3	55,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 18 – Frequências relativas ao Item 5 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 6**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	5	6,6	6,6	6,6
	Neutro	9	11,8	11,8	18,4
	Concordo	25	32,9	32,9	51,3
	Concordo Totalmente	37	48,7	48,7	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 19 – Frequências relativas ao Item 6 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 7**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	13	17,1	17,1	17,1
	Discordo	40	52,6	52,6	69,7
	Neutro	13	17,1	17,1	86,8
	Concordo	7	9,2	9,2	96,1
	Concordo Totalmente	3	3,9	3,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 20 – Frequências relativas ao Item 7 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 8**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Neutro	7	9,2	9,2	9,2
	Concordo	33	43,4	43,4	52,6
	Concordo Totalmente	36	47,4	47,4	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 21 – Frequências relativas ao Item 8 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 9**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	3	3,9	3,9	3,9
	Discordo	25	32,9	32,9	36,8
	Neutro	22	28,9	28,9	65,8
	Concordo	21	27,6	27,6	93,4
	Concordo Totalmente	5	6,6	6,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 22 – Frequências relativas ao Item 9 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 10**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	1	1,3	1,3	1,3
	Discordo	16	21,1	21,1	22,4
	Neutro	24	31,6	31,6	53,9
	Concordo	30	39,5	39,5	93,4
	Concordo Totalmente	5	6,6	6,6	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 23 – Frequências relativas ao Item 10 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Statistics**

		Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20
N	Valid	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,86	3,54	3,63	3,45	2,87	3,39	2,26	3,39	2,42	2,89
Std. Deviation		,905	1,076	1,018	,773	1,011	1,021	,870	,896	1,111	1,126
Variance		,819	1,158	1,036	,597	1,022	1,042	,756	,802	1,234	1,269

**Tabela 24 – Médias das pontuações obtidas nos dez itens referentes à ideologia “Relativismo” [Output SPSS v12.0]**

**Item 11**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	30	39,5	39,5	39,5
	Discordo	33	43,4	43,4	82,9
	Neutro	8	10,5	10,5	93,4
	Concordo	4	5,3	5,3	98,7
	Concordo Totalmente	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 25 – Frequências relativas ao Item 11 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 12**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	3	3,9	3,9	3,9
	Discordo	12	15,8	15,8	19,7
	Neutro	15	19,7	19,7	39,5
	Concordo	33	43,4	43,4	82,9
	Concordo Totalmente	13	17,1	17,1	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 26 – Frequências relativas ao Item 12 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 13**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	3	3,9	3,9	3,9
	Discordo	11	14,5	14,5	18,4
	Neutro	7	9,2	9,2	27,6
	Concordo	45	59,2	59,2	86,8
	Concordo Totalmente	10	13,2	13,2	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 27 – Frequências relativas ao Item 13 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 14**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	1	1,3	1,3	1,3
	Discordo	7	9,2	9,2	10,5
	Neutro	28	36,8	36,8	47,4
	Concordo	37	48,7	48,7	96,1
	Concordo Totalmente	3	3,9	3,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 28 – Frequências relativas ao Item 14 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 15**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	3	3,9	3,9	3,9
	Discordo	32	42,1	42,1	46,1
	Neutro	16	21,1	21,1	67,1
	Concordo	22	28,9	28,9	96,1
	Concordo Totalmente	3	3,9	3,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 29 – Frequências relativas ao Item 15 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 16**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	22	28,9	28,9	28,9
	Neutro	10	13,2	13,2	42,1
	Concordo	36	47,4	47,4	89,5
	Concordo Totalmente	8	10,5	10,5	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 30 – Frequências relativas ao Item 16 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 17**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	10	13,2	13,2	13,2
	Discordo	46	60,5	60,5	73,7
	Neutro	11	14,5	14,5	88,2
	Concordo	8	10,5	10,5	98,7
	Concordo Totalmente	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 31 – Frequências relativas ao Item 17 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 18**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	2	2,6	2,6	2,6
	Discordo	12	15,8	15,8	18,4
	Neutro	19	25,0	25,0	43,4
	Concordo	40	52,6	52,6	96,1
	Concordo Totalmente	3	3,9	3,9	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 32 – Frequências relativas ao Item 18 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 19**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	17	22,4	22,4	22,4
	Discordo	29	38,2	38,2	60,5
	Neutro	12	15,8	15,8	76,3
	Concordo	17	22,4	22,4	98,7
	Concordo Totalmente	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 33 – Frequências relativas ao Item 19 do QAE [Output SPSS v12.0]**

**Item 20**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo Totalmente	8	10,5	10,5	10,5
	Discordo	27	35,5	35,5	46,1
	Neutro	7	9,2	9,2	55,3
	Concordo	33	43,4	43,4	98,7
	Concordo Totalmente	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	100,0	100,0	

**Tabela 34 – Frequências relativas ao Item 20 do QAE [Output SPSS v12.0]**

## **ANEXO VIII**

### **Regra de Sturges e estabelecimento dos intervalos das categorias**



A regra de Sturges define o intervalo pelo qual deve ser dividido as categorias numéricas. Através do cálculo da sua fórmula obtemos intervalos otimizados para receber os valores de variáveis obtidos.

A fórmula é:

$K=1+3,32 \times \log n$ , onde n corresponde ao número de amostra que vamos trabalhar.

O valor K obtido é aplicado na seguinte fórmula:

$a=IV/K$ , onde a é o valor de intervalo, IV corresponde ao *range* das idades.

Neste trabalho e como se pode observar no seguinte *output* estabeleceu-se intervalos para a variável “Idade” e variáveis “Anos de exercício profissional” e “Anos de actividade em cuidados intensivos”.

**Descriptive Statistics**

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	76	29	23	52	32,37	7,120
Anos de Exercício Profissional	76	25	1	26	9,50	6,616
Anos de Actividade em Cuidados Intensivos	76	24	1	25	7,04	5,963
Valid N (listwise)	76					

Tabela obtida pelo programa SPSS v12.0

Calculando para as variáveis:

$K=1+3,32 \times \log 76$  que é aproximadamente 7

Para a variável “Idade”:  $a=29/7$  que é aproximadamente 4.

Para a variável “Anos de exercício profissional”:  $a=25/7$  que é aproximadamente 4.

Para a variável “Anos de actividade em cuidados intensivos”:  $a=24/7$  que é aproximadamente 3.

## **ANEXO IX**

### ***Outputs* referentes à correlação das variáveis do QAE**

Correlations

			Idade	Anos de Exercício Profissional	Anos de Actividade em Cuidados Intensivos	Categoria Profissional	Habilitações Literárias	Idealismo
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	,940(**)	,897(**)	,841(**)	-,312(**)	,008
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,006	,948
		N	76	76	76	76	76	76
	Anos de Exercício Profissional	Correlation Coefficient	,940(**)	1,000	,916(**)	,859(**)	-,310(**)	,039
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,006	,738
		N	76	76	76	76	76	76
	Anos de Actividade em Cuidados Intensivos	Correlation Coefficient	,897(**)	,916(**)	1,000	,827(**)	-,291(*)	,047
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,011	,688
		N	76	76	76	76	76	76
	Categoria Profissional	Correlation Coefficient	,841(**)	,859(**)	,827(**)	1,000	-,274(*)	,070
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,016	,546
		N	76	76	76	76	76	76
	Habilitações Literárias	Correlation Coefficient	-,312(**)	-,310(**)	-,291(*)	-,274(*)	1,000	-,330(**)
		Sig. (2-tailed)	,006	,006	,011	,016	.	,004
		N	76	76	76	76	76	76
	Idealismo	Correlation Coefficient	,008	,039	,047	,070	-,330(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,948	,738	,688	,546	,004	.
		N	76	76	76	76	76	76

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tabela 1 – Análise da correlação entre a ideologia “Idealismo” e as variáveis “Idade”, “Anos de Exercício Profissional”, “Anos de Actividade em Cuidados Intensivos”, “Categoria Profissional” e “Habilitações Literárias” [Output SPSS v12.0]**

Correlations

			Idade	Anos de Exercício Profissional	Anos de Actividade em Cuidados Intensivos	Categoria Profissional	Habilitações Literárias	Relativismo
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	,940(**)	,897(**)	,841(**)	-,312(**)	,087
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,006	,453
		N	76	76	76	76	76	76
	Anos de Exercício Profissional	Correlation Coefficient	,940(**)	1,000	,916(**)	,859(**)	-,310(**)	,046
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,006	,695
		N	76	76	76	76	76	76
	Anos de Actividade em Cuidados Intensivos	Correlation Coefficient	,897(**)	,916(**)	1,000	,827(**)	-,291(*)	,014
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,011	,903
		N	76	76	76	76	76	76
	Categoria Profissional	Correlation Coefficient	,841(**)	,859(**)	,827(**)	1,000	-,274(*)	,013
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,016	,913
		N	76	76	76	76	76	76
	Habilitações Literárias	Correlation Coefficient	-,312(**)	-,310(**)	-,291(*)	-,274(*)	1,000	-,177
		Sig. (2-tailed)	,006	,006	,011	,016	.	,126
		N	76	76	76	76	76	76
	Relativismo	Correlation Coefficient	,087	,046	,014	,013	-,177	1,000
		Sig. (2-tailed)	,453	,695	,903	,913	,126	.
		N	76	76	76	76	76	76

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tabela 2 – Análise da correlação entre a ideologia “Relativismo” e as variáveis “Idade”, “Anos de Exercício Profissional”, “Anos de Actividade em Cuidados Intensivos”, “Categoria Profissional” e “Habilitações Literárias” [Output SPSS v12.0]**

Correlations

			Idade	Anos de Exercício Profissional	Anos de Actividade em Cuidados Intensivos	Categoria Profissional	Habilitações Literárias	Total QAE
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	,940(**)	,897(**)	,841(**)	-,312(**)	,044
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,006	,709
		N	76	76	76	76	76	76
	Anos de Exercício Profissional	Correlation Coefficient	,940(**)	1,000	,916(**)	,859(**)	-,310(**)	,024
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,006	,835
		N	76	76	76	76	76	76
	Anos de Actividade em Cuidados Intensivos	Correlation Coefficient	,897(**)	,916(**)	1,000	,827(**)	-,291(*)	,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,011	,997
		N	76	76	76	76	76	76
	Categoria Profissional	Correlation Coefficient	,841(**)	,859(**)	,827(**)	1,000	-,274(*)	,043
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,016	,712
		N	76	76	76	76	76	76
	Habilitações Literárias	Correlation Coefficient	-,312(**)	-,310(**)	-,291(*)	-,274(*)	1,000	-,321(**)
		Sig. (2-tailed)	,006	,006	,011	,016	.	,005
		N	76	76	76	76	76	76
	Total QAE	Correlation Coefficient	,044	,024	,000	,043	-,321(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,709	,835	,997	,712	,005	.
		N	76	76	76	76	76	76

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tabela 3 – Análise da correlação entre a soma das ideologias “Idealismo” e “Relativismo” e as variáveis “Idade”, “Anos de Exercício Profissional”, “Anos de Actividade em Cuidados Intensivos”, “Categoria Profissional” e “Habilitações Literárias” [Output SPSS v12.0]**

**ANEXO X**

***Outputs* referentes à identificação dos enfermeiros a  
entrevistar**

## Crosstabs

### Notes

Output Created		28-JUN-2006 15:22:34
Comments		
Input	Data	E:\Tese (Master) 09.sav
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	76
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		CROSSTABS /TABLES=sum0110 BY sum1120 /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTIC=CORR /CELLS= COUNT /COUNT ROUND CELL .
Resources	Elapsed Time	0:00:00,11
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	116508

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Idealismo * Relativismo	76	100,0%	0	,0%	76	100,0%

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,064	,121	,554	,582(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,098	,120	,846	,400(c)
N of Valid Cases		76			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

**Idealismo \* Relativismo Crosstabulation**

Count	Relativismo																						Total	
	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		42
- 25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
29	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
30	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
33	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
36	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
37	0	0	0	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
38	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	8
39	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6
40	0	1	1	0	2	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	10
41	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
42	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	6
43	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	8
44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
47	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
50	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	1	1	2	3	4	2	8	1	5	8	2	4	4	6	5	4	4	6	1	1	1	2	1	76



Tables

		Relativismo																						
		18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	42
Idealismo	25														1									
	29						1																	
	30									1	1						1							
	31																		1					
	32																						1	
	33							1			1	1		1										
	34													1	1			1						
	35																	1						
	36							3					1		1									
	37				2			2			1					1								
	38	1				1						1		1	1	1				1			1	
	39							1				2	1	1					1					
	40		1	1		2		1			1	1			1				2					
	41				1			1				1		1										
	42										1	1				1	1			1	1			
	43					1							1	1		1	1	1		2				
	44											1				1								
	45																						1	
	46																							
	47			1																				1
49																					1			
50									1															

Legenda: AA - Excepcionismo AA - Situacionismo AA - Absolutismo AA - Subjectivismo

**ANEXO XI**

**Dados estatísticos dos entrevistados**

Apresentam-se aqui as tabelas da análise estatística das variáveis referentes aos 8 entrevistados. Os dados foram trabalhados em SPSS® v12.0.

**Statistics**

		Idade	Anos de Exercício Profissional	Anos de Actividade em Cuidados Intensivos
N	Valid	8	8	8
	Missing	0	0	0
Mean		36,63	13,25	11,13
Std. Error of Mean		2,719	2,144	2,587
Std. Deviation		7,689	6,065	7,318
Variance		59,125	36,786	53,554
Skewness		-,186	-,455	,058
Std. Error of Skewness		,752	,752	,752
Kurtosis		-,709	-1,212	-2,357
Std. Error of Kurtosis		1,481	1,481	1,481
Range		23	16	17
Minimum		25	4	3
Maximum		48	20	20

**Tabela 1 – Análise estatística das variáveis “Idade”, “Anos de Exercício Profissional” e “Anos de Actividade em Cuidados Intensivos” relativamente aos Entrevistados [Output SPSS v12.0]**

**Sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	4	50,0	50,0	50,0
	Feminino	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**Tabela 2 – Análise estatística das variáveis “Sexo” relativamente aos Entrevistados [Output SPSS v12.0]**

**Categoria Profissional**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enfermeiro	2	25,0	25,0	25,0
	Enfermeiro Graduado	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**Tabela 3 – Análise estatística das variáveis “Categoria Profissional” relativamente aos Entrevistados [Output SPSS v12.0]**

**Habilitações Literárias**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bacharelato	5	62,5	62,5	62,5
	Licenciatura	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**Tabela 4 – Análise estatística das variáveis “Habilitações Literárias” relativamente aos Entrevistados [Output SPSS v12.0]**