

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Diagnóstico e Intervenção Comunitária

**ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À COLHEITA DE
ÓRGÃOS E AO TRANSPLANTE**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Isabel Maria Pedro Martins

Orientadora:

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Évora

Novembro 2006

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

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

Diagnóstico e Intervenção Comunitária

**ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À COLHEITA DE
ÓRGÃOS E AO TRANSPLANTE**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Isabel Maria Pedro Martins



162 910

Orientadora:

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Évora

Novembro 2006

Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante

Relatório de Investigação elaborado no âmbito do II Curso do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, na área de Diagnóstico e Intervenção comunitária

**Isabel Maria Pedro Martins
Aluno da EU nº 3033
da Estesl nº 56/04**

Pesquisa orientada por:

Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Universidade de Évora

Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Novembro 2006

AS ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À COLHEITA DE ÓRGÃOS E AO TRANSPLANTE

RESUMO

O interesse social e os princípios para doação de órgãos e transplantação estão a aumentar, estando os profissionais de saúde desde logo inevitavelmente envolvidos em todo o processo. O papel do enfermeiro em todo este processo, revela-se de uma extrema importância, e as suas atitudes face a esta problemática poderão estar relacionados com a satisfação profissional e com o nível de conhecimentos.

Neste contexto, surge este estudo, não experimental, transversal e correlacional de tipo quantitativo, para o qual foram definidos como objectivos fundamentais: caracterizar o perfil sócio-profissional dos enfermeiros; avaliar o grau de satisfação profissional; identificar o nível de conhecimento, avaliar as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante e determinar alguns factores preditivos dessas atitudes.

Os dados foram obtidos, através da aplicação de um questionário a enfermeiros de quatro hospitais da área de Lisboa, concluindo-se que as suas atitudes são moderadamente assertivas e revelam conhecimento suficiente mas não em relação à legislação vigente. Além disso, os enfermeiros apresentam-se medianamente satisfeitos.

A equipa de pertença, a satisfação profissional e nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre esta temática são factores preditivos das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante profissionalmente.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiros; atitudes; transplante de órgãos; colheita de órgãos; manutenção do dador

NURSES' ATTITUDES TOWARDS ORGANS PROCUREMENT AND TRANSPLANTATION

ABSTRACT

The social interest and the tenet for organ donation and transplantation are increasing, being the professionals of health since soon inevitably involved in all the process. The nurse's role in all this process shows of an extreme importance, and its attitudes face to this problematic could be related with the professional satisfaction and the level of knowledge.

In this context, this study its a not experimental, transversal, correlated and quantitative type, for which it was defined as fundamental's goals: to characterize the profile social and professional of the nurses; to evaluate the degree of professional satisfaction; to identify the knowledge level; to evaluate the nurses' attitudes towards organs procurement and transplantation and to determine some predict factors of these attitudes.

The data had been gotten, through the application of a questionnaire to the nurses of four hospitals of the area of Lisbon and conclude that the attitudes of these nurses are moderately assertive and reveal enough knowledge but not in relation to the current law. Besides, the nurses present themselves slightly satisfied.

It equips of belongs, professional satisfaction and level of knowledge of the nurses on this thematic are predict factors of the nurses' attitudes towards organs procurement and transplantation professionally.

KEYWORDS: Nurses; attitudes; organ transplant; organ procurement; donor maintainer

PENSAMENTO

“Os transplantes são uma grande conquista da ciência ao serviço do homem.(...) A decisão de oferecer sem recompensa uma parte do próprio corpo, em benefício do bem-estar e da saúde de outra pessoa é um autêntico acto de amor. (...) Amor que possa exprimir na decisão de tornar-se doador de órgãos. (...) Não se oferece simplesmente uma parte do corpo, mas doa-se algo de si.”

João Paulo II (2000)

AGRADECIMENTO

Ao Décio pela compreensão dos sacrifícios de convívio familiar impostos pela redacção da tese, pois sempre me fortalecia com sua energia e apoio.

À minha família que sempre me incentivou e apoiou nos momentos difíceis.

À Professora Dr.^a Maria dos Anjos Dixe pelo apoio, orientação segura e competente no desenvolvimento deste estudo.

Aos Conselhos de Administração e Direcções de Enfermagem do Hospital Curry Cabral, do Hospital Garcia d'Orta, do Hospital Santa Maria e do Hospital S. José.

A todos os enfermeiros que participaram neste estudo pela atenção e disponibilidade dispensada.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	i
ABSTRACT.....	ii
PENSAMENTO.....	iii
AGRADECIMENTO.....	iv
ÍNDICE GERAL.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE DE QUADROS.....	viii
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	x
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
<i>CAPÍTULO I - O ENFERMEIRO E A COLHEITA DE ÓRGÃOS E O TRANSPLANTE.....</i>	<i>5</i>
1. O ENFERMEIRO E A IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	5
2. FORMAÇÃO E EXERCICIO PROFISSIONAL.....	10
3. COMPETÊNCIAS NA COLHEITA DE ÓRGÃOS E No TRANSPLANTE.....	15
3.1 - Conceito de Competência.....	16
3.2. Conhecimentos dos enfermeiros sobre colheita e transplante de órgãos.....	18
3.2.1. Direito à vida VS Postmortem.....	18
3.2.2. Morte cerebral.....	19
3.2.3. Consentimento explícito, Consentimento presumido e Dissentimento.....	20
3.2.4. Colheita vs RENNDA.....	22
3.2.5. No Transplante.....	28
3.2.6. Estudos Recentes.....	31
<i>CAPÍTULO II - ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À COLHEITA DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTE.....</i>	<i>34</i>
1. CONCEITOS, DIMENSÕES E FUNÇÕES DAS ATITUDES.....	34
2. ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À COLHEITA DE ÓRGÃOS E AO TRANSPLANTE.....	39
<i>CAPÍTULO III - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS.....</i>	<i>45</i>
1. COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL.....	45
2. TEORIAS DE MOTIVAÇÃO.....	48
3. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL.....	54
4. ALGUNS ESTUDOS SOBRE A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM.....	62
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	65
<i>CAPITULO IV – METODOLOGIA DO ESTUDO.....</i>	<i>66</i>
1. CONCEPTUALIZAÇÃO, MÉTODO CIENTIFICO E TIPO DE ESTUDO, OBJECTIVOS E HIPOTHESES.....	67
2. UNIVERSO E AMOSTRA.....	69
3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	69
3.1. Variáveis sociodemográfica e profissional dos enfermeiros.....	71
3.2 Grau de satisfação profissional dos enfermeiros na área de colheita de órgãos e transplante.....	73
3.3. Nível de conhecimentos acerca da colheita de órgãos e transplante.....	80
3.4 Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante.....	81
4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS.....	87
<i>CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</i>	<i>90</i>
1. CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DOS ACTORES DO ESTUDO.....	90
2. GRAU DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL.....	100
3. NIVEL DE CONHECIMENTOS ACERCA DA COLHEITA DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTE.....	102
4. ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À COLHEITA DE ÓRGÃOS E AO TRANSPLANTE.....	105
5. HIPÓTESES DO ESTUDO: TESTAGEM E ANALISE.....	106
<i>CAPITULO VI - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....</i>	<i>117</i>
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>121</i>
ANEXOS.....	132
ANEXO I.....	133
IMPRESSO PARA INSCRIÇÃO NO RENNDA.....	133

ANEXO II.....	134
MAPA COMPARATIVO DE OBJECTIVOS E TRANSPLANTAÇÕES 2004 E QUADRO E GRÁFICO DA EVOLUÇÃO DOS TRANPLANTES	134
ANEXO III.....	135
MAPA COMPARATIVO DE COLHEITA DE ÓRGÃOS 2003/2004 POR GABINETE E QUADRO E GRÁFICO DA EVOLUÇÃO DAS COLHEITAS	135
ANEXO IV	136
QUADRO DE INSCRIÇÕES NO RENNDA E GRÁFICO DE ACUMULADOS NACIONAIS.....	136
ANEXO V.....	137
QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DE DISTRITOS POR POPULAÇÃO RESIDENTE E INSCRITOS NO RENNDA	137
ANEXO VI	138
QUADRO NÚMÉRICO/PERCENTUAL DE ACUMULADOS POR SEXO E GRÁFICO DOS ACUMULADOS POR SEXO (POR ANO)	138
ANEXO VII.....	139
QUADRO COMPARATIVO POR GRUPOS ÉTARIOS E GRÁFICO DE PERCENTAGEM DE INSCRITOS POR GRUPO ÉTARIO.....	139
ANEXO VIII.....	140
QUADRO ACUMULADOS POR GRUPO ÉTARIO	140
ANEXO IX	141
QUADRO COM COMPARAÇÃO DO NUMERO DE DADORES NA EUROPA 2004.....	141
ANEXO X.....	142
AUTORIZAÇÕES DOS HOSPITAIS	142
ANEXO XI	143
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	143
ANEXO XII.....	144
SYNTAX DOS OUTPUTS.....	144
ANEXO XIII.....	145
BASE DE DADOS E OUTPUTS (EM CD-ROM).....	145

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Atitude como estado inferido.....	34
Figura 2 - Implicações das dimensões das atitudes para o comportamento e a mudança de atitudes	37
Figura 3 – Modelo das três componentes das atitudes	38
Figura 4 - Modelo temático das experiências e atitudes perante a obtenção de órgãos	43
Figura 5 – Uma comparação dos modelos de motivação de Maslow e de Herzberg	51
Figura 6 – Os três factores da motivação para produzir.....	52
Figura 7 – Modelo básico de comportamento individual nas organizações	53

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Competências dos profissionais de saúde.....	17
Quadro 2 - Níveis de moral e as atitudes	36
Quadro 3 – Principais dimensões da satisfação profissional	57
Quadro 4 – Princípios e motivadores envolvidos no enriquecimento do trabalho	59
Quadro 5 – Efeitos do enriquecimento do cargo.....	60
Quadro 6 – Grelha de contagem de score.....	74
Quadro 7 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EGSPE*	75
Quadro 8 - Consistência interna da EGSPE (valores globais).....	76
Quadro 9 - Análise factorial da EGSPE pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (n= 134).....	79
Quadro 10 – Respostas correctas do questionário acerca dos conhecimentos dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante	80
Quadro 11 – Grelha de contagem de score.....	82
Quadro 12 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EAEFCOT.	84
Quadro 13 - Análise factorial da EAEFCOT pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (n= 135).....	85
Quadro 14 - Distribuição da amostra segundo o género	90
Quadro 15 - Caracterização da amostra quanto à idade	91
Quadro 16 - Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	91
Quadro 17 - Distribuição da amostra segundo o grau académico.....	92
Quadro 18 - Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional	92
Quadro 19 - Distribuição da amostra segundo a categoria profissional.....	93
Quadro 20 - Distribuição da amostra segundo a equipa de pertença	93
Quadro 21 - Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional na equipa.....	94
Quadro 22 - Distribuição da amostra quanto à forma como entrou para a equipa	94
Quadro 23 - Distribuição da amostra segundo a existência de integração na área de transplantação.....	95
Quadro 24 - Caracterização da amostra quanto ao tempo de integração na equipa	95
Quadro 25 - Distribuição da amostra consoante a formação específica na área e necessidade de formação	96
Quadro 26 - Distribuição das respostas referentes aos aspectos em que os enfermeiros necessitam de formação	97
Quadro 27 - Distribuição da amostra consoante a necessidade de apoio	97

Quadro 28 - Distribuição das respostas referentes ao tipo de apoio necessário referido pelos enfermeiros que necessitam de apoio.....	98
Quadro 29 - Distribuição da amostra consoante o tipo de apoio existente na instituição.....	99
Quadro 30 - Distribuição da amostra consoante o ser não dador e estar inscrito no RENNDA	99
Quadro 31 - Distribuição da amostra segundo a existência de familiar dador e transplantado	100
Quadro 32 - Caracterização da amostra quanto ao grau de satisfação profissional	101
Quadro 33 - Caracterização da amostra quanto ao nível de conhecimento sobre transplante e doação de órgãos.....	102
Quadro 34 - Distribuição das respostas certas e erradas dos inquiridos aos itens do conhecimento sobre transplante e doação de órgãos	103
Quadro 35 - Caracterização da amostra quanto às atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante	106
Quadro 36 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney, ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante o género (n=138).....	107
Quadro 37 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a equipa a que pertencem (n=136).....	108
Quadro 38 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita e ao transplante consoante forma como entraram na equipa a que pertencem (n=137)	109
Quadro 39 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney , ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a formação específica que tiveram (n=130)	111
Quadro 40 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney , ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a necessidade de apoio (n=135)	112
Quadro 41 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney , ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a existência de integração quando iniciou funções nesta área (n=138)	113
Quadro 42 - Matriz de Correlação de Spearman´s entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante e a satisfação profissional	114
Quadro 43 - Matriz de Correlação de Spearman´s entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante e a idade (n=135)	115
Quadro 44 - Matriz de Correlação de Spearman´s entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante e o tempo de exercício nesta área (n= 130).....	115
Quadro 45 - Matriz de Correlação de Spearman´s entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante e o nível de conhecimento sobre transplante e doação de órgãos (n=137)	116

SIGLAS E ABREVIATURAS

Art. - Artigo

CA - Conselho de Administração

Cap. - Capítulo

CC - Código Civil

CDHB - Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina

CDOE - Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros

CDOM- Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Cf. – Conforme

CJ - Conselho Jurisdicional

CNDMOM - Conselho Nacional de Deontologia Médica da Ordem dos Médicos

CNE - Conselho Nacional de Ética

CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CP – Código Penal

DL – Decreto-lei

DR - Diário da República

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

EAEFCOT - Escala das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante

EGSPE - Escala do grau de satisfação profissional dos enfermeiros

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

LBS - Lei de Base da Saúde

L - Lei

MS - Ministério da Saúde

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OPT - Organização Portuguesa de Transplantação

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Vol. - Volume

VHC - Vírus Hepatite C

VIH - Vírus Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

Esta dissertação surge no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde, tendo como tema as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante.

Diversos estudos têm até à data demonstrado a relevância da compreensão dos comportamentos ou reacções dos indivíduos face aos seus processos de vida. Conhecer os comportamentos e reacções destes perante a sua profissão torna-se fundamental, pelo que é cada vez mais importante a sua análise e entendimento.

Efectivamente ao longo da vida, no relacionamento com outros e com a vida profissional, os profissionais de saúde vão construindo um conjunto de atitudes face a tudo os que os rodeia. Sendo assim torna-se imperioso avaliar essas mesmas atitudes, e conhecer factores que determinam os comportamentos do individuo dentro de uma organização face à sua actividade profissional e pessoal, bem como promover estratégias ou programas que visem a melhoria da qualidade de serviços prestados e consequentemente a satisfação dos profissionais e dos utentes dos serviços de saúde.

Mas pergunta-se porquê o interesse nesta área e nestes profissionais? A resposta ter a ver com o facto de sermos também enfermeiros e durante algum tempo termos exercido funções na equipa de transplantes no bloco operatório de um hospital público. Ao trabalhar nesta área muitas vezes questionamo-nos acerca de toda envolvente dos transplantes e de todo o processo organizacional.

Tivemos a percepção de que as atitudes dos profissionais que ali trabalham são diversas e variando com factos diversos nomeadamente factores pessoais, financeiros, profissionais, conhecimentos e interesse pela temática, conhecimentos e concordância com aspectos ético-legais e holísticos, tomadas de decisão, bem como com o desenvolvimento de algumas competências indispensáveis para lidar com as situações da colheita de órgãos e transplante.

Tendo presente estas premissas seria importante, não só saber quais são as atitudes destes profissionais face às situações da colheita de órgãos e de transplante mas também saber que variáveis determinam as atitudes mais assertivas no sentido de serem planeadas formas de intervenção ajustadas à problemática em estudo e à melhoria das competências e dos cuidados de saúde.

São indiscutíveis os progressos da ciência e da técnica para um maior bem-estar da humanidade. Existem e devem existir fronteiras relativamente a esse progresso e uma das mais importantes é sem dúvida o respeito pela pessoa humana, pela sua vida, pela sua dignidade e saúde.

Este trabalho tem também por base os direitos humanos: o direito à vida e à qualidade de vida do receptor e do dador de órgãos: o direito à verdade e à liberdade, na informação suficiente e no consentimento informado; o direito à privacidade, com o sigilo médico e profissional, bem como toda a envolvente da enfermagem nesta área.

Em Portugal, a 22 de Abril de 1993, foi publicada a L12/93, que regulamenta a Colheita e Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana e em 26 de Setembro de 1994 é publicado o DL244/94, que regulamenta o RENNDA.

Os órgãos para transplante podem ter várias proveniências. Se são de um animal designa-se o transplante por xeno ou hetero transplante, se provêm de outro ser humano, define-se este por homo transplante, sendo neste último que o estudo vai incidir (Seixas, 1995; Loureiro, 1996; Bartucci,2003).

A colheita/transplante pode incidir sobre vários tipos de órgãos vitais ou não, esses mesmos órgãos podem ser únicos designadamente, fígado ou coração ou duplos como rins ou pulmões (Seixas, 1995; Loureiro, 1996; Bartucci,2003).

A colheita de órgãos vitais únicos exige a prova incontestável da morte do dador, a consulta do RENNDA, o consentimento do dador em vida, a confidencialidade, a gratuidade, a competência técnica da equipa; a idoneidade da instituição onde são realizadas as colheitas (Loureiro, 1996).

O respeito pela individualidade de cada ser humano, deve ter como consequência a protecção da integridade.

Para que se possa proceder ao transplante é necessário que antes se verifiquem as colheitas de órgãos ou tecidos, em dadores. No caso de dadores mortos (cadáveres ou em morte cerebral), a possibilidade de proceder à colheita tem de ser baseada em procedimento efectuado em vida do dador, procedimento esse que deve ser opção individual esclarecida, baseada nas crenças e valores do indivíduo. O consentimento é legalmente presumido, cabendo ao dador uma recusa formal, obrigando-o a proceder a um registo ao abrigo do RENNDA. Fora desta situação qualquer indivíduo é potencial dador de órgãos. Esta fórmula permite, eventualmente, que os receptores e os profissionais de saúde se sintam mais tranquilos, nomeadamente quanto a violação ou não da vontade do potencial dador.

Com o avanço da tecnologia a enfermagem tem enfrentado mudanças que envolvem diferentes aspectos na sua prática. Cada vez mais os enfermeiros lidam com situações onde o doente pode tornar-se dador de órgãos.

A necessidade de registos de enfermagem torna-se imperiosa, porque além de retratarem a prática efectuada, adoptam medidas de assistência, funcionando como um guia de referência. Actividades há no entanto que não sendo da competência da enfermagem, esta é co-responsável por elas, designadamente as que posteriormente são mencionadas neste trabalho, pelo que cabe ao enfermeiro estar atento e documentar a sua ocorrência (Dalri et al., 1999).

Os objectivos de um trabalho permitem orientar todo o processo de investigação, tornando-se decisivo. Assim foram definidos os seguintes objectivos: Caracterizar o perfil sócio profissional dos enfermeiros na área da colheita de órgãos e transplante; Avaliar o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham em serviços onde são efectuadas colheitas de órgãos, manutenção do dador e transplantes; Identificar o nível de conhecimentos dos enfermeiros que desempenham funções nesta área; Avaliar as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante; Determinar alguns factores preditivos das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante.

Para a concretização destes objectivos realizamos um estudo não experimental, transversal e correlacional numa amostra de 138 enfermeiros que exercem funções em equipas de colheita, manutenção e transplante de órgãos nos hospitais da Zona metropolitana de Lisboa. A colheita de dados foi efectuada através de um questionário constituído por vários instrumentos nomeadamente: características sócio-demográficas e profissionais, grau de satisfação profissional, atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante e nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre esta temática.

Este trabalho divide-se em duas partes fundamentais: o enquadramento teórico e o estudo empírico.

No enquadramento teórico, cuja estrutura tem três capítulos, desenvolvemos os seguintes aspectos: o enfermeiro e a colheita de órgãos e transplante; as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante e a satisfação profissional dos enfermeiros.

O estudo empírico é por sua vez abordado em também três capítulos, a metodologia do estudo, a apresentação e discussão dos resultados e as conclusões e recomendações. Neste último capítulo são apresentadas as conclusões do estudo, as limitações do estudo assim como as sugestões e as implicações do estudo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A revisão da literatura é “um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação” (Fortin, 1999: 74) proporciona ao investigador a familiarização com a literatura relevante e uma maior compreensão do que já foi aprendido sobre o assunto.

Para realizar a investigação desenvolvemos uma fundamentação teórica, que pretendemos tivesse o máximo de objectividade e nos permitisse analisar e aprofundar conhecimentos sobre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplantação. Após a selecção dos documentos mais pertinentes, procedemos à sua organização, análise e integração e face ao estudo pretendido, desenvolvemos os seguintes aspectos: o enfermeiro e a colheita de órgãos e transplante; as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante e a satisfação profissional dos enfermeiros.

CAPÍTULO I - O ENFERMEIRO E A COLHEITA DE ÓRGÃOS E O TRANSPLANTE

1. O ENFERMEIRO E A IDENTIDADE PROFISSIONAL

O indivíduo, na multiplicidade de fenómenos que o constituem não pode ser analisado isoladamente do seu contexto social. Mesmo, a própria ideia de individualismo, como refere Abreu, pressupõe um grau mais ou menos determinado de influência social. Existe, pois, uma interacção recíproca e dialéctica entre o processo psicológico individual e a sua actividade e relações sociais (Garrido, 2004).

A identidade profissional de uma forma simplista pode ser definida, como a imagem que um indivíduo possui de si próprio, enquanto profissional.

Existem várias perspectivas para análise das identidades profissionais. Numa perspectiva psicossociológica, o indivíduo toma consciência da sua identidade e adopta os pontos de vista dominantes do grupo social em que se insere, devido à sua afinidade, à vivência e partilha de dinâmicas e espaços sociais comuns (Garrido, 2004).

Numa abordagem psicanalítica, de acordo com a proposta de Erikson, referida por Abreu, existe uma articulação estreita entre a identidade para si e a identidade para o outro, a apreciação pessoal e a comparação social, as ideias individuais e os modelos culturais, o consciente e o inconsciente, o objectivo e o subjectivo, o individual e o colectivo. O processo de configuração identitária é um processo dinâmico e dialéctico, em que o psicológico e o social se articulam de forma integrada (Garrido, 2004).

Numa perspectiva sociológica, como refere Abreu, a identidade profissional forma-se, sobretudo, através dos processos sociais e reconstitui-se, igualmente, a partir das interacções sociais (considera-se que a construção identitária não ocorre exclusivamente pela pertença do indivíduo a um grupo, pois também, a trajectória e o seu percurso de vida lhe permite moldar a identidade). Os processos sociais que condicionam as identidades são em grande medida, determinados pelas estruturas sociais e pelo seu funcionamento (Garrido, 2004).

A discussão fulcral sobre a construção das identidades profissionais tem a sua origem em dois postulados fundamentais das concepções teóricas de Pinto (1990) e Dubar (1991): o processo de identização e de identificação. A identização é entendida como um processo através do qual os agentes tendem a autonomizar-se e a diferenciar-se socialmente, fixando em relação aos outros distâncias e fronteiras mais ou menos

rígidas, enquanto que, a identificação é entendida como o processo através do qual os actores sociais se integram em conjuntos mais vastos de pertença ou de referência, fundindo-se com eles de modo tendencial (Pinto, 1990).

Para Dubar (1991), o processo de construção de identidades fundamenta-se nos percursos sociais dos indivíduos, mas em que assumem particular relevância os contextos específicos em que esses percursos se concretizam. “Estes espaços de identificação são configurados, no que respeita às identidades profissionais, pelos contextos organizacionais e técnicos de concretização do trabalho” (Lopes, 2001: 61).

A enfermagem, como destaca Carapinheiro (1997), sente condicionalismos evidentes na sua autonomia profissional, dado que a sua actividade se desenvolve integrada num processo produtivo organizado em torno de vários poderes (médico, administrativo, enfermagem, doente) e em que existe uma profissão dominante – a médica, constituindo um poderoso condicionalismo estrutural das formas e limites de autonomia dos outros grupos.

Mas, mesmo num quadro adverso, estudos recentes de análise sociológica demonstram que, a enfermagem é das profissões que mais tem evoluído no processo identitário e representatividade social, de forma estratégica e persistente, tentando demarcar-se do poder médico, promovendo-se como profissão autónoma, pelo seu desenvolvimento como ciência e mestria, acentuando o seu desempenho através da formação contínua dos seus profissionais. Neste processo de (re)configuração identitária, a formação ocupa um estatuto de relevo, na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão (Abreu, 1997).

No entanto, a enfermagem corre alguns riscos, na medida em que, como afirma Dubar (1997), os que exprimem uma identidade profissional e consideram o seu trabalho como uma especialidade apenas concebem a formação como um aperfeiçoamento da sua especialidade. Portanto os saberes técnicos são os únicos valorizados porque permitem esta progressão ao longo de uma carreira estruturada em níveis e que deve conduzir à excelência da enfermagem.

A carreira de enfermagem apresenta-se em três níveis, onde o nível I integra as categorias de enfermeiro (categoria mais baixa da carreira profissional) e enfermeiro graduado, o nível II integra as categorias de enfermeiro especialista e enfermeiro chefe e o terceiro nível integra a categoria de enfermeiro supervisor. Sendo o cargo de enfermeiro director efectuado por nomeação (DL 437/91).

Os cuidados de enfermagem exercidos nos serviços hospitalares, por grupos de profissionais, são contínuos (vinte e quatro horas seguidas, durante a semana, feriados, ou fim-de-semana). O trabalho é sobretudo à tarefa, há protocolos a cumprir, prescrições e indicações médicas a dar seguimento, doentes que necessitam de conforto físico e quando finalmente há tempo, prestam-se cuidados mais globalizantes, como conforto psíquico, social e familiar. “A prática profissional dos enfermeiros é indissociável da forma como está organizado o seu trabalho” (D’Espiney, 1997: 182).

Abreu (2001: 18), escreve que, “diversos estudos localizados nas identidades profissionais, têm revelado que, apesar destes se sedimentarem após um contacto profundo e prolongado com os contextos de trabalho, a matriz, a identificação profissional de base, é formada na escola”.

É neste esquema funcional, que se verifica a dificuldade dos enfermeiros aplicarem na praxis quotidiana, os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação, levando à frustração e baixa qualidade de cuidados prestados. “A melhoria da qualidade do trabalho dos enfermeiros implica uma estrutura organizativa diferente, uma vez que o trabalho, centrado na tarefa, favorece a repetição e a rotina” (D’Espiney, 1997: 176).

Daí defender-se que existem algumas atitudes que poderão modificar comportamentos, favorecendo a formação pela experiência, como sejam:

- a) Privilegiar a análise de situações clínicas;
- b) Partilhar a formação dos alunos com os enfermeiros dos diferentes serviços;
- c) Promover momentos de cooperação a definir com os enfermeiros, tendo em conta o contexto do serviço;
- d) Promover o debate clínico interdisciplinar.

Para validar estas acções é necessário que se estabeleçam relações de horizontalidade entre os diferentes intervenientes da formação, na parceria dos elementos, cada um desenvolvendo as suas competências, que na totalidade dos actores, sejam uma mais-valia na formação global e desenvolvimento institucional.

Assim, “a optimização do potencial formativo das situações de trabalho em termos de formação passa, pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente de trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens a partir do processo formativo” (Canário, 1994: 26).

Se aceitarmos, como defende Dubar (1991, 1997), que a produção das práticas profissionais remete, essencialmente, para processos de socialização profissional, a formação, consiste basicamente, na reinvenção de novas formas de socialização

profissional, o que incentiva a instituição e desenvolvimento, nos contextos de trabalho, de uma dinâmica simultaneamente formativa e de construção identitária que torne possível essa reinvenção.

É precisamente nos contextos de trabalho, que as orientações ideológicas e os processos identitários se consubstanciam. Num contexto de novas orientações ideológicas relativamente à saúde, na década de 1950/1960, surge o conceito do cuidar em enfermagem. Este período constitui um marco importante, na medida em que, o modelo curativo paulatinamente dá lugar a um modelo emergente de saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença, formando-se dois pilares fundamentais na prática do cuidar. “A noção de cuidar constitui o operador ideológico central, aglutinador das referências de sentido das práticas de enfermagem e da sua diferenciação, relativamente às práticas profissionais de outros grupos” (Lopes, 2001: 58).

Existe aqui uma mudança decisiva dos paradigmas orientadores da prestação de cuidados de enfermagem, há mudança do tratar para o cuidar, que tem implícitas duas formas identitárias básicas: a biomédica e a holística. Na biomédica, predomina o tratar, valorizando a componente técnica dos cuidados de enfermagem, sendo a sua prestação realizada em função da doença e dos seus sintomas, numa relação estreita entre os cuidados de enfermagem e os actos e prescrições médicos. Na forma holística, está implícito o cuidar, que valoriza a relação interpessoal, respeitando os valores e a cultura do doente tendo como principal objectivo o auto-cuidado.

Como refere Lopes (2001), a concepção holística do indivíduo surge como um novo operador ideológico associado ao cuidar, direccionando-o para uma abordagem global ao assistido, fundamentando nela a especificidade da enfermagem. O cuidar é proposto e assumido como oposição ao tratar/curar e o ser global por oposição aos aspectos parcelares e o conjunto em detrimento das partes.

Esta mudança de paradigma está bastante enraizada no seio da profissão e é patente no discurso de alguns dirigentes. Martins (2002) afirma que, “é hoje amplamente consensual que o papel dos enfermeiros reside no cuidar das e com as pessoas, numa perspectiva global, que requer uma abordagem complexa, com vista à satisfação das suas necessidades, à recuperação das suas funções e à potenciação das suas capacidades para o auto-cuidado” (Martins, 2002: 32). Esta relação pressupõe uma visão humanista, assente em relações interpessoais entre o enfermeiro e as pessoas que cuida.

Mais recentemente entre nós e, muito por influência dos estudos de Abreu (2001), emerge um novo paradigma, com a aproximação dos cuidados de enfermagem a uma *perspectiva antropobiológica*. Segundo este autor, esta perspectiva “admite uma abordagem global do indivíduo, tentando entendê-lo no contexto em que se insere – com os seus costumes, hábitos de vida, crenças e valores, bem como a determinação do impacto da doença nas suas actividades de vida” (Abreu, 2001: 47).

Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem são essencialmente dirigidos para a promoção do bem-estar das pessoas, para a ajuda na manutenção do equilíbrio com o meio e, quando tal não for possível, ajudar a pessoa a ter uma morte serena.

Encontrando-se a enfermagem portuguesa numa encruzilhada, onde existem várias orientações rumo a uma identidade própria e à autonomia profissional, é fundamental a emergência e consolidação de diversas perspectivas teóricas e metodológicas, que abram novos espaços de reflexão e propiciem o desenvolvimento profissional, na medida em que permitem articular diversas formas de abordagem e complementam os conhecimentos que gradualmente se vão construindo, aprofundando e complementando.

A enfermagem, registou, entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução significativa quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do exercício profissional, pelo que seja imperioso reconhecer como significativo o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, como é reconhecido no DL nº161/96 de 4/11 (regulamento do exercício profissional da enfermagem).

Os enfermeiros, tal como vem consignado nesse diploma, são os profissionais habilitados com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais, ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. É-lhes exigido que realizem cuidados de enfermagem, definidos como intervenções autónomas ou interdependentes, a realizar pelo enfermeiro, no âmbito das suas qualificações profissionais.

Consideramos o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem um documento estruturante e uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento da enfermagem e urge que todos os profissionais o redescubram e analisem atentamente.

Como corolário do desenvolvimento da profissão, foi criada em 1998, através do DL nº104/98 de 21/4, a Ordem dos Enfermeiros. Esta conquista profissional corresponde ao reconhecimento máximo por parte do Governo do desenvolvimento e autonomia da enfermagem e do papel relevante que os enfermeiros desempenham no sistema de saúde. Através da Ordem, o Estado confere aos Enfermeiros os poderes, que antes detinha, de regulamentação e controlo do exercício profissional, aspectos éticos, deontológicos e disciplinares.

Através das competências que detém em matéria de política de saúde, formação e controlo do exercício e da qualidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros é uma referência fundamental, imprescindível e incontornável para o desenvolvimento da enfermagem.

Segundo Carapinheiro e Lopes (1997) e a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2004) neste momento no exercício da profissão de enfermagem temos uma população jovem (84% dos enfermeiros têm menos de 41 anos), maioritariamente feminina (81%) e maioritariamente com estado civil de casado (60%) (Munson, 2002).

2. FORMAÇÃO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Segundo Garrido (2004), a formação profissional é um processo sistemático e organizado mediante o qual os futuros profissionais, ou os profissionais em exercício, se implicam individualmente ou em equipa em experiências de aprendizagem através das quais adquirem ou desenvolvem os seus conhecimentos, competências e disposições e que lhes permitem intervir profissionalmente.

A formação inicia-se quando o indivíduo com o objectivo de se integrar no mundo do trabalho procura construir um conhecimento mais profundo que lhe permitirá melhorar o seu desempenho nas funções que lhe são atribuídas. Compreende dois níveis: o da formação inicial e o da formação contínua. A formação inicial constitui a primeira fase de um longo processo de desenvolvimento profissional e pode considerar-se como a pedra angular de toda a vida profissional do indivíduo. É aqui que se alicerçará toda a restante formação, empreendida ao longo da vida. Por isso, torna-se importante que haja uma interligação entre o currículo da formação inicial e o da formação contínua, que constitui a segunda fase do processo do enriquecimento pessoal e irá dar continuidade à formação inicial (Garrido, 2004).

Schön (1991), ao defender que a formação do futuro profissional deve incluir uma forte componente de reflexão, a partir de situações práticas reais, como um

caminho possível para um profissional se sentir capaz de enfrentar as situações sempre novas e diferentes com que se vai deparar na vida real e de tomar as decisões apropriadas nas zonas de indefinição que a caracterizam, faz emergir o paradigma da reflexividade crítica.

Pensamos que, a emergência deste paradigma da reflexividade crítica propicia e estimula o desenvolvimento das relações pessoais e interpessoais, quer ao nível da formação inicial, quer ao nível da formação contínua e constitui um elemento central da formação, numa perspectiva de construção de saber, baseado no lema *aprender a aprender*.

Mas este *aprender a aprender* não termina com o fim da formação inicial se a entendermos, tal como, Perrenoud, quando a considera “como o início da formação contínua que acompanhará o profissional durante toda a sua carreira” (Perrenoud, 1993: 149). Os profissionais terão que desenvolver competências e estratégias que lhes permitam responder, constantemente, aos desafios que lhe são colocados. A produção constante de novos conhecimentos e a sua divulgação tempestiva, acompanhada de um acesso quase imediato, tornaram obsoletas as convicções sobre a margem de validade dos conhecimentos adquiridos na formação inicial dos profissionais de enfermagem e originaram um novo conceito que emerge nestas circunstâncias, a convicção de desactualização permanente.

A emergência da incerteza na relação formação/trabalho é alimentada, segundo Canário (2001), por três grandes fenómenos: a intensificação da mobilidade profissional, a rápida obsolescência da informação e as mutações das organizações de trabalho.

As mudanças nas instituições dependem não só dos profissionais, da sua formação e da transformação de práticas, mas também da organização da instituição. Por isso a formação deve investir nos projectos das instituições e não ser concebida à margem destes. Trabalhar e formar não podem ser actividades distintas, pois a formação pode e deve ser feita no quotidiano e constituir um processo permanente. Devem ser os próprios profissionais a determinar as necessidades de formação contínua com base nos problemas e na organização das suas instituições. A esta perspectiva ecológica, que valoriza a matriz contextual das circunstâncias do desempenho profissional dos enfermeiros, deve corresponder uma abordagem reflexiva, dialéctica e crítica em actualização constante (Garrido, 2004).

A formação profissional dos enfermeiros decorre num campo vastíssimo, onde o formal, o não formal e o informal se articulam. Ou seja, “a optimização do potencial

formativo das situações de trabalho passa em termos de formação, pela criação de dispositivos de dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente de trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens a partir de processos auto-formativos” (Canário, 1994: 26).

Mas, a experiência desempenha um papel decisivo no percurso de formação de cada um, pelo que será benéfica e formativa a sua partilha. A troca de experiências e de conhecimentos entre os profissionais é fundamental, não só para a socialização dos mesmos, mas também para a sua aprendizagem.

Para Garrido (2004), a abordagem da formação dos enfermeiros em contexto de trabalho passa, inevitavelmente, pela valorização de novas formas de formação informal e desenvolvimento profissional, como sejam:

a) O debate clínico interdisciplinar: é um dos meios propícios à formação e mudança, onde é discutida a situação clínica dos doentes, pelos diferentes intervenientes que participam tanto no diagnóstico e tratamento como no cuidar os doentes. Actualmente, confere-se um novo sentido à reflexão no cuidar, numa abordagem colectiva e interdisciplinar. O reconhecimento do trabalho exercido pelos enfermeiros favorece o empenho e investimento.

A comunicação das experiências “faculta ao próprio um novo olhar sobre a situação, permitindo o descobrir de novas relações, a importância de elementos anteriormente desvalorizados, facilitando uma tomada de consciência dos problemas. É este o processo que permite o desenvolvimento de capacidades auto-formativas nos indivíduos” (D’Espiney, 1997: 180).

A experiência, como sabemos, não significa saber, é necessário que seja interiorizada, valorizada e que possa ser explicada, transformando-se, então, em saber, que crescerá na proporção directa da importância que se der à reflexão sobre a acção.

b) Os registos de enfermagem no processo individual do doente podem ser, também, momentos privilegiados de auto-reflexão, quando cuidadosamente escritos e contextualizados, por cada profissional. A leitura atenta destes registos promove formação contínua informal, situada e contextualizada. É importante que esta informação seja divulgada e analisada reflexivamente pela equipa em acções de formação. Por outro lado, estimula a leitura científica e a procura da excelência no cuidar, contribuindo para o desenvolvimento de pensamento cognitivo e crítico na tentativa de evitar erros em situações diferentes ou análogas. Aumenta o sentido de responsabilidade de cada interveniente.

c) *As passagens de turno*, habitualmente, não passam de um momento pouco informativo, restringindo-se à divulgação de dados relativos à evolução de cada doente. Os enfermeiros estão cansados do esforço físico e anseiam por sair. A própria legislação não favorece este momento de inter-relação profissional como tempo útil de reflexão, salvaguardando unicamente, um curto espaço de tempo no final de cada período de trabalho para a passagem de turno. Se analisarmos os diferentes momentos durante um turno, seria este o momento privilegiado para enfermeiros, docentes e alunos reflectirem, conjuntamente, sobre as actividades realizadas, as acções empreendidas e os referenciais teóricos subjacentes. Seria um momento privilegiado de formação não formal, que permitiria valorizar o saber do grupo, relacionando-o e estimulando para novas formações, tão necessárias ao desenvolvimento da qualidade dos cuidados, contextualizado pela selecção de intervenções, tendo em conta cada situação específica.

d) *Parcerias escolas/instituições de saúde*: a melhoria na qualidade e quantidade da formação em enfermagem está intimamente associada à melhoria dos cuidados aos utentes e implica mudanças nas estruturas organizacionais quer da escola, quer do hospital (estruturas ainda muito normativas e formais). A consciencialização das divergências entre instituições é um passo importante e decisivo para rever posições. As transformações devem ser contínuas, colocando em intercâmbio permanente docentes, alunos, profissionais e hierarquias institucionalizadas.

É necessário investir nos saberes dos profissionais e promover capacidades de auto-desenvolvimento reflexivo que lhes permita enfrentar os problemas da prática clínica. O profissional enfrenta situações problemáticas complexas e com características únicas, sendo, por isso, necessárias respostas únicas. Daí, a grande importância da competência reflexiva e da pertinência do pensamento de Schön (1991), relativamente aos momentos de reflexão: na acção, sobre a acção e sobre a reflexão na acção.

Para que se opere uma mudança, não basta mudar o profissional, é também necessário mudar os contextos em que este intervém. A formação tem de estar ligada ao seu terreno de intervenção.

A rapidez e imprevisibilidade das mudanças e a necessidade de actuar em mais do que uma frente em simultâneo no sentido da resolução atempada dos problemas, formam uma conjuntura onde não se enquadram modelos de formação rígidos e válidos por muitos anos. Neste contexto, é exigido à pessoa “uma aptidão à autoformação que, numa série de situações ao longo da vida profissional lhe permite a partir da sua

formação inicial, aprender activamente e ser o principal responsável da sua aprendizagem” (Santos, 1990: 50).

Por outro lado, Couceiro salienta que, “se a autoformação é um processo que pertence por direito, e por inteiro, a cada pessoa há, no entanto, condições que podem favorecer a sua promoção” (Couceiro, 1995: 11) e a responsabilidade de criar estas condições cabe às organizações que propõem acções de formação e aos conceptores e orientadores dos programas dessa mesma formação.

E, é neste contexto que Nyhan, introduz o conceito de organização qualificante, definindo-o como aquela que, “adopta modelos de formação num processo contínuo, privilegiando a formação em serviço, envolvendo todos os elementos da equipa na partilha de objectivos da organização, bem como na satisfação das necessidades individuais de formação a nível profissional” (Nyhan, 1991: 56). Uma organização qualificante facilita a aprendizagem de todos os seus membros e auto-transforma-se continuamente para atingir os seus objectivos estratégicos, sendo “função do departamento de formação apoiar a aprendizagem da própria organização” (Nyhan, 1991: 57).

A aprendizagem tem que ser encarada como uma actividade natural que conduz a uma maior compreensão das situações problemáticas, bem como, ao desenvolvimento de competências para as enfrentar. Deve ser assumida como um empreendimento em que formandos e formadores experientes unem esforços conjuntamente com os menos experientes no sentido da participação cognitiva. (Garrido, 2004).

Inquestionável para a aprendizagem, parece ser, pois, a necessidade de complementaridade entre o conhecimento e a experiência. Uma eficiente integração e articulação entre a formação instituída e a formação experiencial constituirão no futuro, as práticas de formação.

Segundo a OE (2005), o exercício profissional de enfermagem, insere-se num contexto de actuação multidisciplinar. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdisciplinares) e as iniciadas por prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às intervenções interdisciplinares, o enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação enquanto que nas intervenções autónomas, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.

A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo, implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o

enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo, após efectuada a correcta identificação da problemática do utente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

No processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua pratica. Para tal reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa pratica de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica “*guidelines*” constituem uma base estrutural importante para a melhoria continua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões enformam a boa pratica de enfermagem. Assim, neste contexto, o enfermeiro tem presente que os bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos utentes.

3. COMPETÊNCIAS NA COLHEITA DE ÓRGÃOS E NO TRANSPLANTE

Ao longo de todo o processo de transplantação é necessária uma equipa de enfermagem altamente qualificada, possuidora de conhecimentos teóricos e práticos, profissionalmente motivada de forma a desempenhar com eficiência e qualidade, as funções dentro da sua área de competência (Pinheiro, 1996).

O envolvimento de qualquer profissional de enfermagem segundo Coimbra et al (1995), quer com o dador quer com o receptor, carece de conhecimentos sobre direitos, sobre ética (cf. CDOE/REPE art.8º) e sobre legislação sobre a morte cerebral e doação de órgãos. Também as dimensões culturais, psicológicas e religiosas envolvidas neste processo não podem ser subestimadas. As actividades realizadas pelos profissionais de enfermagem detectam fortes emoções e sentimentos como insegurança, angústia, pena, medo ou reacções impulsivas da parte do doente. Os profissionais sabem a importância de realizar as actividades que são da sua competência, mas também necessitam de apoio e de estratégias para lidar com os seus próprios conflitos internos.

3.1 - Conceito de Competência

Sendo o enfermeiro, um profissional de saúde que identifica os problemas de saúde do indivíduo, planeia acções que executa e avalia, servindo-se dos seus próprios conhecimentos e capacidades para estabelecer e manter uma boa relação de ajuda com os outros, também deve ajudar-se a si próprio. (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2003)

Assim, será de exigir que desenvolva, igualmente, capacidades de auto-cuidado, promovendo a sua própria saúde, contribuindo para um bom nível de qualidade de vida, nas suas dimensões física, psicológica e social, ou possa recorrer a um profissional mais qualificado e/ou experiente, que o apoie e ajude na resolução dos problemas e na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Segundo Ordre des Infirmières du Québec e Ordem dos Enfermeiros Portugueses, entende-se por competência em enfermagem, a qualidade de um enfermeiro que exerce a sua profissão de acordo com as normas de exercício. Isto é, possuindo os conhecimentos científicos e profissionais, desempenhando adequadamente as tarefas inerentes às suas funções num papel determinado. Deste modo, a competência é inseparável da acção. Ou seja, as competências são compreendidas pelas actividades desenvolvidas (Can, 1998).

O que diferencia o bom profissional é a qualidade superior do seu desempenho, a *performance* que consegue obter e a forma como se assume, ou seja, a sua atitude profissional. E ser profissional, é ser capaz de aplicar e integrar os conhecimentos, as informações e as técnicas específicas da actividade que exerce.

As competências e a motivação para Neves (2002) relacionam-se com a *performance* de uma forma multiplicativa. Para este autor, o desempenho pode ser visto como a combinação de competências e motivação. Para que se verifique uma boa *performance* é essencial que ambos os aspectos estejam presentes. Desde que uma organização possa seleccionar e alterar as competências, pode motivar as pessoas através da modificação do ambiente de trabalho, nomeadamente através da alteração do *design* organizacional.

Considera-se relevante que os profissionais envolvidos evidenciem um conjunto de competências (Pimenta, Martins e Batista, 2005) quanto à organização onde exercem e quanto ao desempenho como se demonstra no quadro seguinte:

Quadro 1 - Competências dos profissionais de saúde

Competências	
Quanto à organização	<ul style="list-style-type: none"> ✱ Evidência da missão, princípios e valores. ✱ Domínio da estrutura organizacional.
Quanto ao desempenho	<p>Capacidades relacionais e de comunicação</p> <p>Preocupação e solicitude em relação aos outros. Capacidade de comunicação. Liderança pelo exemplo e pela qualidade.</p>
	<p>Conhecimentos técnico-científicos e experienciais</p> <p>Suporte teórico adequado. Boa prática na gestão, formação e prestação de cuidados. Autocontrolo e autoconfiança.</p>
	<p>Capacidade de organização</p> <p>Capacidade de planeamento. Sentido de responsabilidade, capacidade na tomada de decisão, autonomia.</p>
	<p>Capacidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional</p> <p>Espírito de iniciativa, criatividade, abertura à inovação. Espírito crítico, capacidade de análise. Capacidades de cooperação, de trabalho em grupo, flexibilidade, adaptabilidade, capacidade de aprendizagem.</p>

Fonte: Adaptado de Pimenta, Martins e Batista (2005)

Competência profissional para Pires (1995) define-se como capacidade de exercer um trabalho ou uma função, em referência às normas comuns exigentes no mercado de trabalho. Estas competências integram três aspectos de qualidades:

- ☒ Qualidades Humanas – qualidade básica que um profissional deverá ter como “pessoa”, tais como ter um projecto de vida, saber tomar decisões, saber viver com a mudança, etc.;
- ☒ Qualidades Técnicas – incluem as qualidades metodológicas (corresponde ao cerne da área tecnológica em que a profissão se situa e que confere

mobilidade dentro da profissão e adaptabilidade à mudança) e as qualidades operativas (corresponde a processos produtivos concretos);

- **Qualidades Organizacionais** – são aquelas que o profissional deverá ter de acordo com a especificidade da organização em que se insere (tal como sentimento de pertença e espírito de equipa).

Zariflan define a competência como uma unidade integrativa (na medida em que o individuo desenvolve comportamentos complexos, tendo por base saberes endógenos e que integram saberes exógenos), por referência a uma unidade situacional (refere a situação a dominar, não como processo de trabalho, mas como relação desenvolvida num determinado meio social), situando-se numa identidade sócio-histórica (Pires 1995).

Sendo assim, as competências são a capacidade de pôr em prática numa determinada situação profissional um **conjunto de conhecimentos**, comportamentos, de capacidades e **atitudes**, que podem ser decompostas em saberes (saber fazer, saber ser, saber estar e saber saber).

De seguida iremos desenvolver uma das áreas das competências em análise neste estudo, ou seja os conhecimentos dos enfermeiros sobre colheita de órgãos e transplante.

3.2. Conhecimentos dos enfermeiros sobre colheita e transplante de órgãos

3.2.1. Direito à vida VS Postmortem

Aqui faz sentido referir os valores humanos expostos no art. 81º do CDOE, onde o papel do enfermeiro é essencial, como advogado do doente. Com o princípio orientador do respeito dos direitos humanos, o enfermeiro assume deveres na área dos valores humanos e promove o exercício desses mesmos direitos.

A vida em sentido lato pode entender-se como tendo início na concepção. E todos os cidadãos têm direito a viver (cf. DUDH, art.3º)

No entanto em termos meramente jurídicos o Homem só é reconhecido como tal, após o nascimento completo com vida (cf. CC art. 66º). Por outras palavras, o indivíduo adquire personalidade e capacidade jurídica com o seu nascimento com vida e perde-as com a morte (cf. mesmo art. Nº10 e 11).

O respeito pela vida humana que o agente médico deve ter, inicia-se com a vida, entendida ao momento da concepção (cf. CDOM Cap. II art. 47º nº 1, não esquecendo do art. 84º do CDOE).

Diferente é a problemática da situação morte. Na morte, as questões éticas que se levantam são complexas, pois é reconhecido que o cadáver não tem utilidade sob ponto de vista físico por si mesmo e pode contribuir para salvar uma vida. Mas levanta-se a questão, não estamos a profanar o corpo? (cf. prevê CP 254º). A esta situação aparentemente alarmante, deu resposta o Papa Pio XI, considerando pela não existência de profanação, desde que o corpo fosse usado para fins terapêuticos. Se assim não fosse, todos os agentes médicos envolvidos na colheita seriam punidos (Pinto, 2001).

Neste contexto, nos termos da L12/93 artº1, o art. 254º do CP não é preenchido, porque não se verifica falta de respeito pelos mortos nem ofensa ao falecido (cf. CC art.71º). No entanto quando a colheita de órgãos ultrapassa os limites razoáveis (desrespeito pelo corpo e mutilações desnecessárias) que não preenchem o art.14º da L12/93, o art.254º do CP torna-se vigente, penalizando os responsáveis.

Para Frei Bernardo (1995:144), deve ter-se em conta que o cadáver não é propriamente um corpo humano, mas apenas “restos” que, não sendo sujeito pessoal, não é eticamente sujeito de direitos pessoais.

O cadáver poderá ter vários destinos: cremação, enterro, embalsame, guardado em caixão de chumbo, etc.; ou especialmente poder utilizar-se alguns órgãos do mesmo, em bom estado, para transplante. Após a colheita desses órgãos, o cadáver segue os trâmites normais.

As situações de autópsia, em que legalmente a pesquisa exige intervenções cirúrgicas múltiplas, não constitui falta de respeito pelo cadáver. Também nos casos de colheitas e transplantes, os limitados actos de ablação têm características de acto cirúrgico, com cuidados requeridos pelo objectivo a conseguir.

A dignificação do cadáver poderá passar pela sua adequada utilização para transplantes, que cumpre, além da morte, a vocação natural solidária do ser humano (que na perspectiva cristã é um dever essencial).

3.2.2. Morte cerebral

A morte clínica supõe o coma irreversível profundo, electroencefalograma silencioso e contínuo, ausência de reflexos profundos do sistema nervoso e de

respiração espontânea, a qual chamamos morte cerebral (cf. 6/CNE/94, 10/CNE/95 e L141/99 de 28/8, art. 2º).

A decisão de suspender o suporte artificial em doentes em coma irreversível após verificação da morte cerebral (cessação da função do tronco cerebral¹), cabe a dois médicos não ligados ao tratamento (de preferência neurologistas e/ou neurocirurgiões e/ou intensivistas) nem pertencentes à equipa de transplantes, que efectuam a verificação do óbito e realizam protocolo em triplicado. Uma das cópias é remetida ao CNDMOM, as restantes ficam em poder dos dois médicos (cf. CDOM Cap. II art. 50º n.ºs 1, 2 e 3). Segundo Campos (1993: 75), a L12/93 de 22/04 define bem os critérios de morte clínica mas não coloca nenhum obstáculo à efectivação da colheita quando houver suspeita de que a morte resultou de acção criminosa, apenas exige o relatório médico escrito para completar o relatório da autópsia.

Resta dizer que o órgão colhido constitui *res communitatis*, pois já não é da pessoa mas é um bem comum.

3.2.3. Consentimento explícito, Consentimento presumido e Dissentimento

Segundo o parecer CJ-07/2005, o “consentimento é um dos aspectos básicos na relação entre profissionais de saúde e os clientes, pois salvaguarda o respeito pela autonomia da pessoa e pela sua auto determinação e promoção do seu bem, no exercício da liberdade responsável” (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2005: 212), como tal qualquer intervenção de enfermagem, só poderá ser realizada após o consentimento livre e esclarecido do doente (após ter sido bem informado – art.84º do DL 104/98 de 21/4). O enfermeiro tem o dever de avaliar a existência ou não de factores intrínsecos ou extrínsecos que possam influenciar a decisão do doente (cf. DL 104/98 de 21/4, art.84º, al..b).

O consentimento para a enfermagem é proporcionado por uma relação de confiança. No caso do doente estar impossibilitado de o dar, ou o representante legal estar ausente, o enfermeiro deve agir de acordo com o melhor interesse do doente, preservando e restaurando as suas funções vitais, promovendo o alívio do sofrimento e mantendo a sua qualidade de vida (cf. DL 104/98 de 21/4, art.78º nº1).

¹Aqui são excluídos os anencéfalos, pois apresentam actividade do tronco cerebral apesar de toda a situação que os envolve (Archer, Biscaia e Oswald, 1996).

O consentimento explícito e escrito reserva-se para actos que ultrapassem o risco mínimo aceitável, e/ou como forma de uma prova documental.

A legislação portuguesa criou no seu âmbito o consentimento presumido (no caso do dador cadáver) ao contrário de outros países onde o consentimento deverá ser informado e declarado. Este consentimento embora presumido deve ser livre e esclarecido, pois respeita a vontade do não dador, desde que este se manifeste junto do MS (cf. L12/93 de 22/04, art.10º) e se registe no RENNDA (cf. mesma, art.11º).

O consentimento presumido existe quando o doente não tem possibilidade de se pronunciar explicitamente, presumindo-se por lei neste caso a sua concordância na recolha de um órgão para transplante (cf. CP art.39º).

No caso da dádiva em vida o consentimento é explícito consistindo em consentimento informado (cf. L12/93 de 22/04, art.8º), onde após a informação de todo o processo com garantia de liberdade de decisão, o doente consente livre, inequívoca e esclarecidamente que seja retirado o órgão, com submissão a lei vigente e gratuitamente. O consentimento é prestado perante médico não pertencente à equipa de transplantes designado pelo director clínico da instituição onde se realiza a colheita e deve ser apresentado por escrito (cf. 1/CNE/91 nº5), perante uma instância oficial.

O consentimento informado segundo Archer é “um dos corolários do primeiro princípio da bioética: a autonomia de todo e qualquer ser humano, baseada na dignidade da pessoa e no direito que ela tem à sua auto-realização individual.” (Antunes, 1998: 16)

Representa um diálogo entre o agente médico e o indivíduo, estabelecendo uma relação de reciprocidade ou aliança terapêutica entre ambos.

Alguns agentes médicos consideram que a informação extremamente detalhada, pode levar ao dissentimento, mas o segredo está em saber dar essa informação sem omitir nada, levando ao consentimento real.

Relativamente aos menores, o consentimento será dado pelos pais que não estejam inibidos do poder paternal, se assim não for cabe ao tribunal decidir. Em menores com capacidade de entendimento, discernimento e manifestação de vontade (a partir dos 14 anos cf. CP art.38º nº3), a sua concordância será necessária. Nos maiores incapazes (cf. CC art.131º e 138º), a colheita só será efectuada mediante autorização judicial (cf. L12/93 de 22/04, art.8º nº5).

No caso do receptor, o seu consentimento é uma obrigatoriedade ética e técnica, pois o receptor tem de estar preparado para uma potencial rejeição do organismo ao órgão, para as possíveis reacções dos imunossuppressores e outros riscos adjacentes, tem

de ter conhecimento absoluto sobre o risco operatório, para a qualidade de vida e para a morbidade após transplante (Archer, Biscaia e Oswald, 1996). Quando este aceita ser transplantado, é colocado na lista de espera, aguardando um dador histocompatível. Por vezes esta etapa cheia de esperança e expectativas é prolongada, vai crescendo uma cumplicidade entre o futuro receptor e os profissionais/instituição, que quando chega o dia, o consentimento explícito e escrito é apenas um pormenor burocrático (cf. CP art.157º).

Em relação ao dissentimento do receptor, especificamente nada consta em termos de regulação jurídica, mas é salvaguardada pelo art.5º do CDHB, onde a possibilidade de um indivíduo recusar qualquer intervenção cirúrgica está implícita.

Segundo Rodrigues (2001) o dissentimento é definido como a faculdade do doente recusar a intervenção cirúrgica ou qualquer terapia, onde expressa a sua recusa total ou parcial de qualquer acto médico. Neste caso o agente médico deve estar atento se esta decisão advém de uma reflexão bem ponderada, informada, esclarecida, sem pressões externas.

Durante todo o processo de colheita em dador vivo e de transplante, o acto de renúncia pode ser manifestado em qualquer altura (cf. CDHB, art. 5º e L12/93 de 22/4, art.8º nº6).

3.2.4. Colheita vs RENNDA

A colheita de órgãos define-se como a ablação de órgãos de um indivíduo com o intuito desses órgãos serem colocados noutra indivíduo.

O RENNDA é um registo informático, onde o cidadão enquanto vivo pode manifestar a sua vontade de não ser dador após a sua morte. A colheita e o RENNDA são dependentes entre si. Não pode haver colheita sem a consulta do RENNDA.

No RENNDA

Considerando o princípio da livre disposição do próprio corpo, que constitui um direito da personalidade, é criado o RENNDA informatizado, para registar todos aqueles que manifestam junto do MS a sua qualidade de não dadores, prevendo também a emissão de um cartão individual (cf. L12/93 de 22/04, art. 10º e 11º), onde consta a indisponibilidade total ou parcial da doação. No caso de menores ou incapazes, esta indisponibilidade será manifestada pelos representantes legais (cf. mesma art.10º).

Por múltiplas razões existem pessoas que recusam, em vida, a utilização dos seus órgãos depois da morte. No entanto, sendo necessário autópsia, esta é feita respeitando a vontade da pessoa.

Com a criação do RENNDA, os direitos em relação ao corpo detidos pelos familiares e amigos, ficam cingidos à prestação de honra e homenagem aos despojos humanos.

Para quem pretenda inscrever-se no RENNDA (ao abrigo do DL244/94 de 26/09), basta dirigir-se a um centro de saúde ou extensão, e preencher um impresso próprio [Anexo I], produzindo este efeitos legais quatro dias úteis a partir da data do preenchimento (cf. mesmo, art.3º). Após 30 dias o indivíduo recebe o cartão individual de não dador (cf. mesmo art.14º).

Segundo 5/CNE/93, este prazo de quatro dias é curto e irrealista, podendo gerar confusão, pelo que seria mais favorável produzir efeitos legais aquando a recepção do cartão, remetendo ao art.16º do mesmo DL.

Em relação à identificação do não dador (cf. DL244/94 de 26/09, art.5º), a CNECV refere dever ser acrescentado o número de contribuinte e nome de solteiro, evitando alguns enganos.

Segundo Lima (1996) a consulta ao RENNDA e averiguação da existência de cartão de não dador, iliba o agente médico de qualquer responsabilidade e permite-lhe efectuar a colheita dentro das normas legais.

A lei é omissa quanto ao momento de manifestação da oposição pelos representantes, mas entende que esta manifestação deverá ocorrer após a morte do menor ou incapaz.

Em todo o processo de colheita/transplantação, a informatização é essencial porque assegura uma mais fácil continuidade dos cuidados, respondendo às novas exigências de especialização e de trabalho em equipa; constitui ainda um instrumento indispensável e privilegiado nos domínios da investigação científica e na despistagem mais ou menos precoces de varias doenças (Gomes, 1997). Necessário é ainda que os médicos assumam e organizem a parte que lhes compete nos processos clínicos.

Em relação ao RENNDA, cabe ao enfermeiro promover e difundir medidas educativas quanto ao processo de doação de órgãos/tecidos e existência de um registo informático para não dadores e seu funcionamento, junto à comunidade; de planear e implementar acções que visem a optimização dos conhecimentos da comunidade e profissionais de saúde como também participar e organizar campanhas e programas de sensibilização para os mesmos (cf. CDOE, art. 80º).

Na Colheita/Manutenção do Dador

Ser dador cadáver significa um fim e um início; para aquele indivíduo a vida terminou, mas isso vai implicar a melhoria de qualidade, ou mesmo a própria vida de uma ou mais pessoas; e é importante o familiar sinta que, apesar do seu familiar ir morrer, uma parte dele vai permanecer viva.

Surge-nos em força a necessidade de consciencialização da população em geral a respeito da doação de órgãos que, do ponto de vista ético é um acto de solidariedade.

Para a remoção de órgãos em cadáveres para transplantação, o consentimento é assumido como presumido (a não ser que haja manifestação em vida do contrário). A morte deve ser certificada segundo rigorosos critérios científicos, por dois ou mais médicos não implicados no processo de transplantação (cf. CDOM Cap. II art.51º n.ºs 2 e 3).

A selecção do dador cadáver é efectuada segundo os seguintes critérios: a idade (pode variar entre RN² e os 80 anos, dependendo do estado físico e da utilização do órgão), em morte do tronco cerebral, sem história clínica actual de neoplasia ou sépsis ou doenças infecto-contagiosas ou toxicoddependência endovenosa. (Collins, 2004; Bartucci, 2003).

Para Fructuoso (2006), a idade do dador pode variar entre 3 a 70 anos, apresentando uma boa taxa de sucesso. Esta taxa é eficaz quando o órgão de um dador com idade superior a 65 é transplantado num receptor com o mesmo intervalo de idade. A taxa diminui quando este órgão é transplantado num doente mais jovem.

Este autor refere também que além da morte do tronco cerebral, podemos incluir também na selecção do dador cadáver, a hemorragia cerebral, traumatismo cranioencefalico e em alguns casos patologias cardiovasculares.

Após verificada a morte, é desligado o suporte ventilatório, e o funeral pode ser feito após 24 horas, mas quando tem a indicação de colheita este prazo pode prolongar-se. Nesta situação é comunicado à Lusotransplante³ a existência de um potencial dador

²Pode-se admitir também embriões e fetos, impondo rigor de verificação da morte e excluindo quando estes surgem na sequência de um aborto. Normalmente não se efectua colheita em RN devido à imaturidade dos órgãos, efectuando a partir dos 4 anos de idade.

³ A Lusotransplante é uma associação nacional de três centros de histocompatibilidade (no norte, centro e no sul), criados pelo Governo em 1983. A sede situa-se no Centro de Histocompatibilidade de Sul, dependente do MS e é responsável por todos os estudos imunológicos relacionados com a transplantação de tecidos e órgãos.

que efectuará um alerta nacional e verificará a existência de um receptor compatível (OPT, 2005).

No caso do dador vivo, a capacidade para o ser obtém-se com a idade superior a 18 anos (cf. CC art.122º e 130º), exigindo-lhe um consentimento explícito após uma informação suficiente.

A colheita de órgãos e de tecidos nestes dadores só é autorizada se for efectuada para interesse terapêutico do receptor, e/ou quando não for possível outro tratamento alternativo ou o mesmo órgão não seja possível obter de dador cadáver (cf. L12/93 22/04 art.6º e CDOM Cap. VI art.19º nºs 1 e 2). Para a colheita é necessário que o dador vivo (excluindo os menores e deficientes mentais) dê o seu consentimento esclarecido expresso por escrito ou manifestado perante uma instância oficial (cf. CDOM Cap. II art.52º) e o mesmo não ponha em causa a sua vida nem provoque em si danos graves irreversíveis.

A L12/93 de 22/04 prevê a criação de um seguro obrigatório do dador vivo, suportado pelos centros de transplante, que indemnizará este por eventuais danos sofridos independentemente de culpa, para além do direito à assistência médica, que o dador obtém até ao seu completo restabelecimento (cf. art.9º).

Os bens jurídicos, corpo e saúde são livremente disponíveis pelo seu titular, e como tal o seu consentimento exclui a ilicitude (cf. CP art.149º). A intervenção no corpo humano com carácter terapêutico e o expresso consentimento do indivíduo, exclui as ofensas corporais (cf. CP art. 150º) bem como as intervenções arbitrárias (cf. CP art.156º) desde que efectuadas de acordo com as *legis artis*.

Se em qualquer intervenção cirúrgica for colhida uma parte do corpo, esta não pode ser conservada e/ou utilizada para uma finalidade diferente da que previamente for definida (cf. CDOM cap. VII art.22º).

Em relação aos incapacitados de prestar consentimento (cf. CC art. 123º), a colheita está proibida salvo raras excepções (cf. CDHB art.20º). Por sua vez a colheita de tecidos regeneráveis só é efectuada quando não exista dador compatível ; é no entanto consentida quando o receptor é irmã(o) do dador (cf. L12/93 art.6º); tendo em conta que a dádiva é para preservar a vida do receptor e se o dador não oferecer recusa é autorizado a colheita (cf. CDHB art.6º, nºs 2 e 3) por escrito e de acordo com a lei (cf. L12/93 art.8º).

A colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis só é admitida se houver relação de parentesco até ao 3º grau entre o dador e o receptor. Em relação a este ponto existe uma grande controvérsia, pois segundo Lima (1996), à face da lei , o círculo de dadores



tornou-se restrito, excluindo uma grande parte de número de parentes e pessoas conviventes com o receptor (logo exclui-se o cônjuge), mas para Lima, este rol de dadores deveria ser alargado (Rodrigues, 2001).

Segundo Calne (1997), os transplantes realizados entre cônjuges tem tanto sucesso como de pai para filho, surgindo apenas questões éticas sobre potenciais divórcios.

No entanto, em relação à colheita em dadores vivos, não é admitida quando existe uma grande probabilidade da intervenção cirúrgica resultar uma integridade física e de saúde agravada ou diminuta (cf. CC art.70 nº19.1).

No caso de menores ou incapazes (cf. L12/93 de 22/04 art.6º, nº1 e2) as colheitas estão proibidas. Atendendo a que a colheita neste caso não tem carácter curativo, compete aos pais (cf. CC art. 1878º) ou representante legal, zelar pelos filhos e ponderar o consentimento. Seja como for, a L12/93 proíbe a doação em menores de 18 anos, afim de evitar abuso do poder paternal, garantindo a protecção dos menores face às pressões exercidas pela família.

Para além do dador, no processo de transplante existem mais dois intervenientes: o receptor e a equipa técnica.

O receptor, aquele que irá beneficiar de uma melhor qualidade de vida após transplante, carece de preparação prévia. Para uma melhor colaboração, necessita de cuidados continuados e periódicos, bem como estar preparado para uma possível rejeição, necessitando de apoio psicológico, espiritual e familiar. (Pinto, 2001)

A equipa técnica que presta o apoio e assistência, deverá ter preparação científica, formação ética e deve garantir a privacidade do doente.

A L12/93 de 22/04 (art.8º nº6) prevê a recusa da doação, por parte do dador vivo, mas não já quanto ao facto da legitimidade do não dador para ser ou não receptor. Questão que deve ser objecto de ponderação.

Outra temática de grande importância refere-se ao comércio de órgãos. A lei regula e protege contra o tráfico de órgãos, referindo o direito da gratuidade (cf. art.5º).

Felizmente em Portugal é matéria pouco conhecida em termos de prática reiterada, mas seja como for deve-se despertar e formar a consciência da população.

O enfermeiro é frequentemente o primeiro profissional de saúde a identificar um potencial dador e como tal deve estar informado sobre os critérios de elegibilidade do dador, bem como saber activar o processo de obtenção de órgãos. (Cantwell e Clifford, 2000; Bartucci, 2003)

Segundo Collins (2004), os profissionais de saúde têm um papel vital na identificação de potenciais dadores, na educação para a saúde e na manutenção do dador multiorgânico.

Quando este papel é assumido eficientemente, tem um efeito directo no aumento dos dadores, logo nas colheitas de órgãos e na diminuição das listas de espera para transplante.

A manutenção do dador pós morte cerebral pressupõe a vigilância numa UCI e consiste no combate às alterações condicionantes pela perda do controlo central, de modo a preservar os órgãos a transplantar, porque a morte cerebral vai irremediavelmente levar à morte somática, devido à falência de todos os sistemas.

Na colheita de córneas, o enfermeiro após a verificação e certificação do óbito segue o protocolo estabelecido (contactar serviço de oftalmologia e aplicar pomada oftálmica de antibiótico e encerrar as pálpebras).

Para os dadores de córnea, não existe idade limite, a colheita deve ser entre as 12 e 24h, não tem indicação quando existe cirurgia oftálmica ou infecções ou doenças neurológicas ou malignidade hematológica ou historia de HIV ou Hepatite B ou C.

Para os dadores de coração, a idade limite é entre 32 semanas a 60 anos, a colheita deve ser feita nas 24h após certificação da morte, não tem indicação quando há septicemia ou doença maligna ou auto imune ou história de HIV ou hepatite B ou C (Hannah, 2004).

No caso da colheita de outros órgãos ou tecidos, os dadores estão normalmente dependentes de suporte ventilatório e é importante explicar à família que apesar do indivíduo respirar, do coração bater e do sangue circular, a nível cerebral, o indivíduo está morto. O enfermeiro tem que gerir sentimentos e apoiar os familiares, como supra referido (Mourinho et al., 1999).

O potencial dador carece de cuidados sendo necessário manter a sua estabilidade hemodinâmica, impedindo a isquémia; manter a perfusão e equilíbrio hidro-electrolítico; manter a integridade cutânea; evitar extremos térmicos; realizar medidas de higiene brônquica e oral (Mourinho et al., 1999).

Cabe ao enfermeiro a vigilância hemodinâmica, a hidratação adequada, a administração de terapêutica, o registo do balanço hídrico e avaliação da diurese horária, a mobilização e massagem de 3 em 3 horas no mínimo, o despiste de alterações da integridade cutânea, a avaliação da temperatura de 4 em 4 horas, o manuseamento das vias aéreas com assepsia e a higiene brônquica e oral cuidada (Mourinho et al., 1999).

Outra vertente fundamental que cabe à enfermagem é o apoio psico-emocional face ao doente em fase terminal e a comunicação e apoio à família, pois esta passa por um processo de morte diferente, mais prolongado e doloroso, porque apesar do seu familiar apresentar morte cerebral, biologicamente está vivo. Esta situação gera sentimentos ambivalentes e a não aceitação da morte, pelo que o enfermeiro tem de ter capacidade para apoiar e esclarecer todas as dúvidas dos familiares, sabendo respeitar os seus sentimentos (Mourinho et al., 1999).

O enfermeiro regista a hora da certificação da morte cerebral e descreve toda a envolvente, a reacção e conhecimento dos familiares acerca da morte e manutenção do corpo (está em alerta para que respeitem a vontade do doente e a regulamentação do RENNDA); na colheita deverá constar a hora do início, da colheita de todos os órgãos (identificando quais os órgãos colhidos) e o seu encaminhamento, devendo executar ou supervisionar o acondicionamento dos órgãos e registar a hora em que termina, não esquecendo de manter a privacidade e respeito pelo corpo e a confidencialidade (cf. L12/93 22/4 art.4º) dos órgãos do dador.

No caso do dador vivo, o enfermeiro deve alertar mais uma vez para os riscos e benefícios da sua dádiva, certificando-se do conhecimento do dador e família. No pré e no pós-colheita deve dar todo o apoio ao dador e à família, ter o seu consentimento pleno para realizar os cuidados de enfermagem e outras técnicas, registando tudo devidamente no processo clínico. A colheita é semelhante a uma intervenção cirúrgica “normal”, acrescentando aos registos os dados que já foram referidos no caso do dador cadáver. Cabe ao enfermeiro apoiar a anestesia, circular e instrumentar a cirurgia, participar e colaborar no recobro e executar todas as tarefas inerentes a esta área, como também dar continuidade aos cuidados (com os respectivos registos) quando o dador é transferido novamente para a unidade de transplante (Hospital Curry Cabral, 2001).

3.2.5. No Transplante

O transplante é definido por Todoli como “a ablação de um órgão, com função própria, de um organismo para ser instalado em outro, a fim de exercer neste as mesmas funções que no anterior” (Seixas, 1995:13).

O objectivo da intervenção, no transplante, é sempre a saúde global do receptor, saúde enquanto harmonia perfeita da pessoa, tendo em conta o seu bem-estar bio-psico-social e cultural. Os problemas podem ser renais, cardíacos, pulmonares ou,

simplesmente um problema a requerer transfusão. A saúde global do receptor, porém, é que motiva toda a intervenção.

Segundo Pinto (2004), os transplantes constituem uma conquista de relevante importância para o serviço à vida humana e por tal razão merecem especial atenção às doações feitas por generosidade e solidariedade, para oferecer uma luz de esperança à vida de alguns doentes.

O maior desafio da transplantação é a sobrevivência do enxerto e do doente transplantado.

Para Frei Bernardo (1995), em relação aos riscos e benefícios⁴ do transplante, afirma que em termos de promoção da saúde os riscos e os gastos não devem ser superiores aos benefícios fundamente avaliados e esperados. Na utilização dos órgãos do dador cadáver para transplante, ninguém perde nada e pode haver reais benefícios (receptor), promovendo a autonomia e a qualidade de vida do transplantado. Já em relação ao dador vivo, este está sujeito a ser “diminuído” e deve ponderar bem os prejuízos que futuramente poderá vir a ter.

Em relação às prioridades de atribuição, estas são ponderadas e a decisão depende da necessidade e da urgência de quem está inscrito no transplante e da emergência da situação, como resulta por exemplo, no caso de envenenamento por consumo de cogumelos. Devem também ponderar-se os aspectos técnicos tendo em conta as características e consonância entre o dador e receptor, na perspectiva da esperança e qualidade de vida esperada.

A infecção pelo VIH era considerada, até há pouco tempo, uma contra-indicação para o transplante hepático. O prognóstico da infecção pelo VIH melhorou dramaticamente com o tratamento farmacológico anti-retroviral. Muitos doentes com VIH têm doença hepática pelo VHC grave e mortal. (Samuel et al., 2003)

Segundo o mesmo autor, o transplante hepático é praticável em doentes co-infectados VIH-VHC mas requer precauções de monitorização da re-infecção pelo VHC, da interação farmacológica e da toxicidade dos anti-retrovirais.

Em Portugal, a colheita de órgãos ou tecidos está organizada da seguinte forma: ao Governo compete regular a organização e funcionamento do RENNDA; a Lusotransplante é responsável pela monitorização dos resultados, ou seja o *cross-mat* entre dadores/receptores e terapêutica imunológica, e os Gabinetes de Coordenação de

⁴ Os riscos são a rejeição do organismo ao órgão; infecções; o risco cirúrgico e obviamente a morte. Os benefícios do transplante são sem dúvida a melhoria da qualidade de vida; a situação terminal ou a falência irreversível superada; a suspensão da evolução da doença.

Colheitas e Transplantes têm também paralelamente à Lusotransplante toda a coordenação dos diferentes dados. (OPT, 2005).

Os critérios de distribuição de órgãos para transplante são a compatibilidade sanguínea; o tamanho do órgão; a urgência médica; a localização geográfica e tempo em lista de espera (Bartucci, 2003).

O receptor é seleccionado nos seguintes aspectos, que prevêm uma maior taxa de sucesso: o estado da doença, os benefícios terapêuticos do transplante, a idade, a capacidade funcional, a presença de apoio familiar, excluindo história clínica de neoplasias disseminadas, infecções crónicas (excepto hepatite B e C), a existência de problemas psicossociais contínuos e a dependência química (Bartucci, 2003).

Em Portugal, no ano de 2004 foram realizados 1543 transplantes, dos quais 655 na área de Lisboa. Em 1995 realizaram-se 871 transplantes (excluindo os do pâncreas e do pulmão que só surgiram em 2000 e 2001 respectivamente). Desde esta data até 2004 destacaram-se os transplantes hepáticos (em 1995 foram efectuados 67 em comparação com 205 em 2004) [Anexo II]. Dos dados referentes às colheitas, que foram efectuadas, temos em 1997, 205 colheitas a nível nacional e 222 em 2004⁵. Destas 222 colheitas, 91 foram realizadas na área de Lisboa [Anexo III]. Comparando com o número de transplantes, verifica-se que estes são mais elevados do que as colheitas, o que é legítimo uma vez que os órgãos colhidos de cada dador são distribuídos por vários receptores (OPT, 2005).

Apesar de a decisão, a indicação e a execução de transplantes não serem competências de enfermagem, o seu papel não é menos importante pois o transplante de órgãos exige não só conhecimento técnico (teórico-prático) como também conhecimentos acerca da cultura e religião das pessoas envolvidas de forma a adequar as suas intervenções, não esquecendo que o enfermeiro é co-responsável pela intervenção (Dalri et. al., 1999).

A prática de enfermagem é constituída sobre um alicerce de cuidados morais e éticos e os enfermeiros têm uma posição chave na identificação de situações éticas relativas ao doente e podem participar da tomada de decisões (Hospital Curry Cabral, 2006).

Ter que viver com um órgão que não nos pertence pode suscitar uma grande variedade de sentimentos. É importante que se faça um ajustamento psíquico para assimilar esta realidade. Segundo Frei Bernardo “O viver serenamente com, um órgão

⁵Há que referir que foram realizados 1140 transplantes em 1997

alheio exige preparação e adaptação psíquica de modo a que não haja conflito ao nível do “eu” do sujeito”. (Frei Bernardo, 1995: 13).

Durante o transplante, cabe ao enfermeiro perioperatório, garantir e disponibilizar ao doente e ao ambiente que o envolve, cuidados de enfermagem específicos, de qualidade, o que implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, “*saber ser*” no bloco operatório. Compete ao enfermeiro representar um conjunto de conhecimentos, habilidades e práticas, necessário para um desempenho global do conteúdo funcional.

O enfermeiro perioperatório é responsável e responsabilizado por todas as actividades relacionadas com o cuidar, assegurando um ambiente seguro e terapêutico para o doente (Hospital Curry Cabral, 2001)

No transplante cabe ao enfermeiro a participação nas técnicas e nos cuidados de enfermagem ao receptor e à família em toda a envolvência psico-emocional, deve integrar o doente e a família no contexto hospitalar; orientá-los quanto aos trâmites legais, riscos e benefícios (em caso de dúvidas); solicitar o consentimento expresso (para os cuidados de enfermagem); realizar os registos de enfermagem, identificando os diagnósticos de enfermagem reais e potenciais, e prescrever as intervenções para estes; planear, organizar, coordenar e executar os cuidados necessários durante todo o internamento; elaborar plano de alta e dar continuidade aos cuidados de enfermagem e reinserção social do doente após alta (cf. CDOE/REPE art.4º e 9º).

Nos registos de enfermagem são englobados os procedimentos realizados, a descrição dos factos e a avaliação e a evolução do doente. Estes devem ser descritivos, completos, objectivos, claros, legíveis, datados e assinados, sendo indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem⁶ (Dalri et. al., 1999).

3.2.6. Estudos Recentes

Pinto (2004) confrontado com o facto da existência de uma diminuição drástica de inscrições no RENNDA (em 2002 só se inscreveram 90 pessoas) realizou um estudo no distrito de Braga em 2003, acerca da doação postmortem, do conhecimento da existência e conteúdo da L12/93 de 22/04. Foram inquiridos 1542 indivíduos, dos quais 31,1% se declara não dador, 60,8% desconhece a lei, o que é preocupante, mais ainda quando 89,9% refere desconhecer o conteúdo da lei. Quando são confrontados com o

RENNDA, os dados ainda são mais alarmantes, 82,3% desconhecem-no e 94,1% não sabe como se inscrever. Assim não se estranha que na última questão deste estudo dos 31,1% os que se declaram não dador apenas 1,9% estão inscritos.

Segundo este autor, a lei é “equilibrada e marcada por louvável humanismo” (Pinto, 2004: 166), pois todos estão disposto a doar, e quem não estiver deve manifestar-se. A lei prevê também o dever, por parte do governo, de promover uma campanha de informação, acerca do significado de solidariedade social, da política de saúde e meios terapêuticos, da colheita de órgãos e de tecidos e transplantes bem como da existência do RENNDA

Pela análise deste estudo verificou-se que os governos têm descurado irresponsavelmente as suas obrigações, existindo falta de informação acerca desta lei.

Em dados mais recentes, fornecidos pelo IGIF (2005) , em 2003, existiam 74 inscritos e em 2004, 82 inscritos no RENNDA, notando-se um discreto aumento.

Desde de 1994, inscreveram-se 37.381 indivíduos. Dos 82 inscritos em 2004, 22 são da região Setúbal e 32 de Lisboa, sendo os restantes distribuídos pelo país e arquipélagos [Anexo IV]. De um total de 10.355,9 milhares de habitantes residentes nas diferentes localidades só 36% é que estão inscritos no RENNDA [Anexo V], dos quais 20276 são mulheres [Anexo VI]. Em relação às idades predominantes, o grupo etário que se destaca é dos 55 a 74 anos (47% da população) [Anexo VII]. Os inscritos em 2004 rondam o grupo etário dos 0 aos 10 anos e dos 15 aos 74 anos [Anexo VIII].

Do estudo podemos tirar algumas conclusões nomeadamente que os órgãos humanos são considerados como óptimos para transplante até aos 80 anos de idade. Ora se a faixa etária ronda os 55 aos 74 anos, não implica grandes obstáculos para a colheita (os dados relativos às colheitas são descritos no capítulo dos transplantes).

Algumas dúvidas se levantam entretanto;

Será lícito presumir um consentimento sem uma adequada informação? Temos liberdade de escolha quando são omitidas informações? Será ético colher órgãos ou tecidos se não temos a certeza que esta pessoa falecida consentia, por falta de informação? Se o consentimento fosse declarado (oposto ao actual previsto na lei), será que o governo também seria omissivo? E neste caso havendo informação e campanhas de sensibilização, verificava-se o consentimento expresso de dadores?

A esta última questão, a dúvida paira no ar pois verifica-se que noutros países a escassez de dadores é elevada, excepto na vizinha Espanha (com a lei oposta à nossa),

⁶ Aqui refiro-me apenas aos registos de enfermagem, não sendo no entanto únicos, pois outros registos (médicos) também são fulcrais, apesar de por vezes incompletos ou inexistentes.

ou seja, em 2004, teve uma taxa de 34,6 (por milhão de habitantes) de dadores, enquanto Portugal considera uma taxa de 22,2 de dadores (estamos na 4ª posição na comparação do número de dadores na Europa)⁷ [Anexo IX].

⁷Dados retirados do Relatório de Actividades da OPT

CAPÍTULO II - ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À COLHEITA DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTE

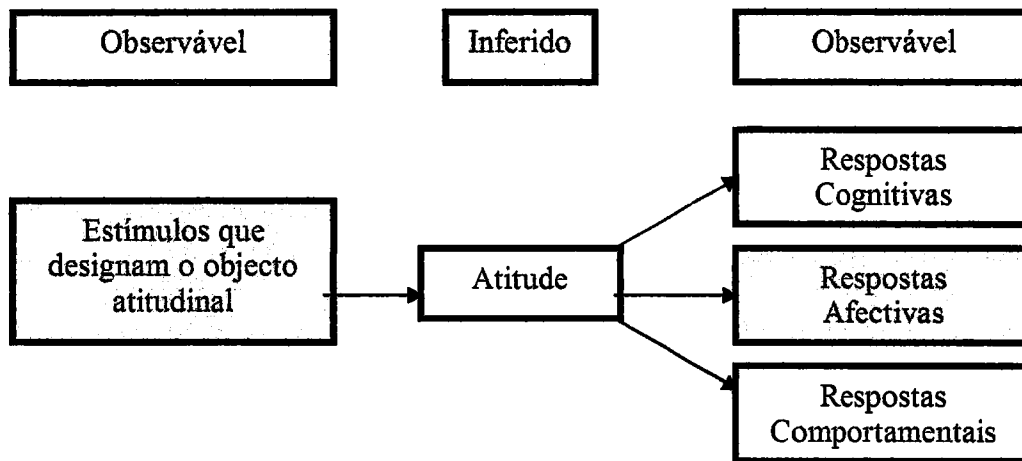
1. CONCEITOS, DIMENSÕES E FUNÇÕES DAS ATITUDES

O problema do conhecimento das atitudes dos indivíduos é uma questão importante quer a nível individual quer a nível interpessoal e tem assumido dimensões crescentes na esfera social. É um tema sempre actual.

O conceito de atitude para Marinho (2003) pretende ser um mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos. São conceitos hipotéticos, não observáveis directamente mas inferidamente (fig.1), pressupondo-se uma interligação com os comportamentos.

As atitudes referem-se a experiências subjectivas que traduzem a posição da pessoa, que advém a partir da sua história, com carácter aprendido, bem como estas são fruto da interacção social, de processos de identificação, comparação e diferenciação social (Marinho, 2003).

Figura 1 – Atitude como estado inferido



Fonte: Adaptado de Marinho (2003)

Segundo Neto, as nossas atitudes podem ser resultantes das nossas experiências de vida e ser influenciadas pelas pessoas que desempenham papéis significativos na nossa vida bem como o modo como processamos a informação acerca do mundo que nos rodeia (Marinho, 2003).

Para Triandis, a atitude é uma ideia baseada em emoções predispostas de um conjunto de acções a situações sociais. (Andrade, 1997).

Pode ser definida também segundo Jones e Cuskin como “o grau de agrado ou desagrado que se tem face a uma pessoa, assunto ou objecto” (Andrade; 1997: 35).

No fundo as atitudes vão reflectir os sentimentos que um individuo tem em relação a algo.

Para Alcântara (1990), as atitudes são disposições das quais o homem fica bem ou maldisposto consigo mesmo e/ou com os outros. São as grandes elaborações que sustentam e dão sentido à vida do homem.

Estas podem ser adquiridas (nascem connosco); estáveis (são difíceis de alterar mas são susceptíveis de adaptação e de evolução); de raiz de conduta (determinam o nosso comportamento); transferíveis (actualiza e generaliza); de qualidades radicais (predisposições mais radicais que hábitos e aptidões).

As atitudes são um processo cognitivo (responde electivamente aos valores); mobilizam processos afectivos e evocam o factor da realidade. São um processo complexo e integral (envolve na totalidade a pessoa).

Estas também podem ser designadas como sentimentos positivos e negativos acerca dos objectos. Elas diferenciam os indivíduos nas organizações, o seu significado relaciona-se com a influência que têm no comportamento e desempenho dos colaboradores, e na produtividade em geral.

Outra atitude a referir é o moral, que se define como uma atitude mental provocada pela satisfação ou insatisfação das necessidades da pessoa. Este é importante pelo facto de estar relacionado com o estado motivacional dentro de uma organização. Quando as necessidades são satisfeitas, o moral do indivíduo é elevado, se pelo contrário estas são insatisfeitas, o moral torna-se baixo. Ora estes factos vão interferir com o grau de satisfação, com o comportamento e com a socialização do indivíduo na organização.

Para Chiavenato, o moral elevado depende do clima de relações humanas que se desenvolve dentro da organização. (Andrade, 1997).

No quadro seguinte podem observar-se os níveis de moral e as atitudes daí resultantes:

Quadro 2 - Níveis de moral e as atitudes

NIVEIS DE MORAL		ATTITUDES RESULTANTES	
Moral Elevado		-Fanatismo -Euforia Atitudes positivas: -Satisfação -Optimismo -Cooperação -Coesão	-Colaboração -Aceitação dos objectivos -Boa vontade -Identificação
Moral Baixo		Atitudes negativas: -Insatisfação -Pessimismo -Oposição -Disforia -Agressão	-Negação -Rejeição dos objectivos -Má vontade, Resistência

Fonte: Adaptado de Andrade (1997)

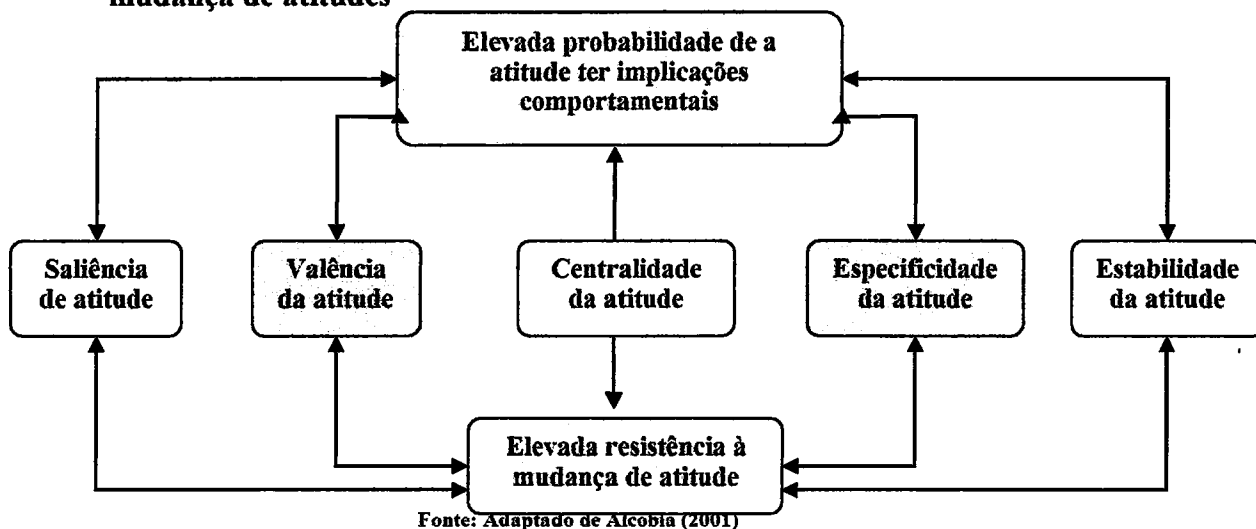
Para melhor compreensão da forma como a atitude interfere com o comportamento de uma pessoa, é necessário identificar as dimensões de uma atitude.

Para Alcobia (2001) existem seis dimensões:

- ▣ **Interdependência:** refere-se ao grau de relação entre duas ou mais atitudes de uma pessoa;
- ▣ **Estabilidade:** caracteriza-se pelo grau de resistência da atitude à mudança;
- ▣ **Valência:** define-se pelo grau de afectividade que uma pessoa atribui ao objecto atitudinal;
- ▣ **Centralidade:** constitui o grau de relação da atitude com o autoconceito, e reflecte a identidade individual;
- ▣ **Saliência:** identifica o nível de conhecimento consciente da atitude;
- ▣ **Especificidade:** refere-se à particularidade da atitude em relação a um atributo do objecto atitudinal que consequentemente especifica o grau de diferenciação de uma atitude em relação a outras.

Estas dimensões não são independentes uma das outras como podemos ver na figura seguinte:

Figura 2 - Implicações das dimensões das atitudes para o comportamento e a mudança de atitudes



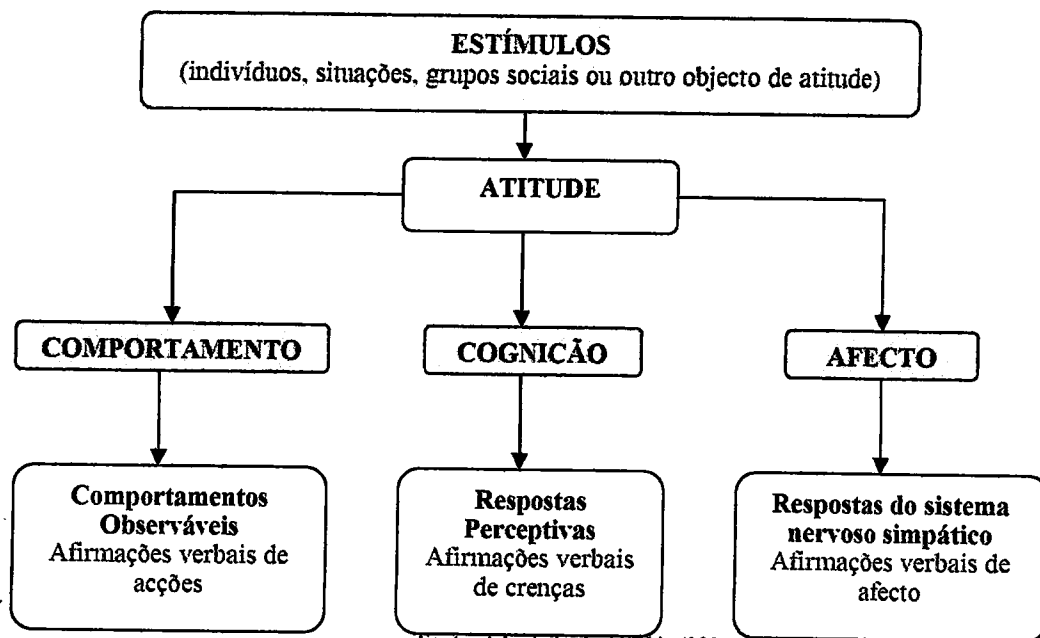
Da interacção destas dimensões podem resultar os seguintes aspectos. A elevada valência, centralidade e especificidade favorecem a estabilidade da atitude, tornando-a resistente à mudança. Em contrapartida quanto maior for a saliência, a valência, a especificidade, a centralidade e a estabilidade de uma atitude, maior será a probabilidade de prever a ocorrência de determinados comportamentos.

Também é importante definir as funções das atitudes. Segundo Alcobia (2001), as funções podem ser definidas de acordo com quatro grupos distintos de teorias:

- ▣ **Funções motivacionais:** as atitudes são parte de um estado psicológico individual, e desenvolvem-se e mudam de acordo com as necessidades da pessoa;
- ▣ **Funções cognitivas:** define a forma como a pessoa percebe o meio que o rodeia, procurando compreender e definir a necessidade da pessoa de encontrar consonância entre as suas cognições em relação a um objecto específico;
- ▣ **Funções sociais:** conduz à percepção como somos influenciados pelo meio social e pelos outros;
- ▣ **Funções de orientação e acção:** define a previsão dos comportamentos através das atitudes.

Pela importância atribuída à relação entre atitude e comportamento, foram desenvolvidos segundo Alcobia (2001) instrumentos de medição das atitudes resultantes das respostas observáveis (respostas afectivas, cognitivas ou comportamentais) como podemos observar na figura seguinte:

Figura 3 – Modelo das três componentes das atitudes



Fonte: Adaptado de Alcobia (2001)

As atitudes também podem ser distintas em alguns aspectos:

- ▣ Atitudes relacionais e de comunicação (que se manifestam na relação com os outros como a capacidade de escuta por exemplo);
- ▣ Capacidades relativas à auto-imagem (que implicam um melhor conhecimento de si próprio, a avaliação das suas potencialidades, a auto-estima, auto-confiança);
- ▣ Capacidades de adaptação e de mudança (manifestam pela facilidade de integração em contextos profissionais diferentes, de mudanças da situação do trabalho, aceitação da diferença);
- ▣ Capacidades criativas (capacidade de improvisação e recurso à intuição e capacidade de inovar);
- ▣ Atitudes existenciais e éticas (enquadram a referência a valores e a perspectiva existencial do sujeito).

Nas organizações, o significado das atitudes relaciona-se com a influência que tem no comportamento e desempenho dos profissionais, e na produtividade em geral.

2. ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À COLHEITA DE ÓRGÃOS E AO TRANSPLANTE

O interesse social e os princípios para doação de órgãos e transplantação está a aumentar, logo os profissionais de saúde inevitavelmente estão envolvidos em todo o processo (Kim, Elliot e Hyde, 2003).

As atitudes nesta área são influenciadas pelo status socio-económico, pela educação, pela cultura e pela religião (Erdogan et al., 2002) e estão relacionadas com grau académico, com a idade e com o género (Bilgel et al., 2003).

Para Kim, Elliot e Hyde (2003), as atitudes dos enfermeiros relacionadas com o transplante de órgãos, são ambíguas e com sentimentos confusos para os enfermeiros de manutenção e colheita de órgãos e atitudes positivas para os que lidam com o transplante.

O papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos revela-se de particular importância por ser o profissional de saúde mais próximo do dador e respectiva família (no caso de um potencial dador cadáver). A família é um elemento crucial neste processo, mentir-lhe ou transmitir-lhe falsas esperanças não é solução. O enfermeiro ao ter investido no doente e família enquanto vivo percebe a dinâmica, cultura e o seu contexto, é o profissional mais apto para envolver a família neste processo adequando a informação às necessidades da família, bem como apoiá-la emocionalmente, trabalhar o luto e o processo seguinte (Coimbra et. al., 1995).

Além disso segundo Sque, Payne e Vlachonikolis (2000), os enfermeiros são os primeiros a tomar iniciativa para falar com os familiares do potencial dador, onde vão preparando o terreno para os médicos terem a abordagem oficial acerca da doação.

Todo este processo trás angústia e desmotivação para a equipa de enfermagem. Para Coimbra et al.(1995), um dos factores que contribuirão para esta desmotivação e angústia prende-se com o facto de a equipa de saúde que cuida do dador cadáver não ter qualquer informação sobre o destino do órgão e de quem é o receptor ou se a transplantação teve sucesso. Os enfermeiros acabam por lidar apenas com a morte, desconhecendo as repercussões a curto prazo do seu "*fim nobre*", da "*magnanimidade do acto*" da doação (Coimbra et al., 1995: 37).

Segundo as mesmas autoras, uma solução para este problema passaria pela possibilidade da equipa de enfermagem poder entrar em contacto com a pessoa que irá receber o transplante e ter conhecimento do desenvolvimento do mesmo bem como do seu contributo para a qualidade de vida do receptor.

Afirmam também que outra das causas geradora dos sentimentos negativos acima referidos é a ambiguidade como é declarada a morte cerebral, tendo sido referido que “nem sempre há consenso entre as especialidades” (Coimbra et al., 1995: 37), além das dúvidas suscitadas pela forma como é escolhido o dador e a própria declaração de morte cerebral. Sugerindo que a formação e esclarecimento da equipa envolvente seria uma mais valia, aliada a reuniões periódicas multidisciplinares em que os profissionais pudessem verbalizar os seus sentimentos e partilhar experiências.

Segundo Bilgin e Akgun (2002), os profissionais de saúde que são contra a doação de órgãos, referem que os órgãos por vezes são usados inapropriadamente e que o suporte de vida é retirado prematuramente nos doentes.

Para os mesmos autores, o nível de conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos critérios da morte cerebral, da identificação de um potencial dador e dos requisitos para a doação, é relativamente baixo.

Para Kim, Elliot e Hyde (2003), o nível de conhecimentos dos profissionais de saúde transmite confusão e dissonância cognitiva. Existe dificuldade em compreender os critérios de morte cerebral, pois os enfermeiros confundem morte cerebral com coma profundo, e como tal acham que há esperança de o doente acordar.

Sem conhecimento de todo este processo não existe motivação para se empenharem na transplantação. Assim, a falta de conhecimento nesta área influencia as atitudes dos profissionais, isto é, os profissionais que tem pouco conhecimento demonstram desinteresse e relutância perante a doação e colheita de órgãos (Bilgin e Akgun, 2002).

A formação e a experiência profissional parecem produzir um nível elevado na compreensão e entendimento dos critérios da morte cerebral e atitudes positivas no processo de transplantação (Gaber et al., 1990).

Segundo Kent e Owens (1995), existem muitas dúvidas acerca da manutenção/colheita de órgãos pelo qual existem atitudes negativas por parte dos profissionais. As atitudes destes profissionais são negativas, demonstram o paradoxo da doação/transplante; referem ser uma área stressante para a carreira; vêm a transplantação como uma reciclagem dos órgãos; emoções confusas e contradições quando a colheita/doação se torna mais pessoal; revogação da responsabilidade por parte dos enfermeiros (Kim, Elliot e Hyde, 2003).

No paradoxo da doação/transplante, as atitudes são mistas porque por um lado o diagnostico de morte cerebral significa poder salvar outra vida, por outro a imposição da morte de uma pessoa que biologicamente ainda está viva, justifica a vida de outra.

Segundo Coimbra et al. (1995), para perceber a dualidade de sentimentos dos enfermeiros é importante entender as suas funções e actividades que envolvem o cuidar da pessoa que antes de ser dador, é um ser vivo com quem estabelece uma relação e que numa fase seguinte tem de “parar de tratar um vivo para começar a preparar um morto para doação” (Coimbra et al., 1995: 37).

As atitudes negativas por parte dos enfermeiros de manutenção e colheita também advêm da falta de dignidade, humanismo e privacidade do potencial dador e da maneira como lidam os médicos com o corpo (Kim, Elliot e Hyde, 2003).

Os enfermeiros referem que num transplante quando a cirurgia acaba, o doente é enviado para a UCI para recuperar, enquanto que numa colheita, quando a cirurgia termina, todas as máquinas são desligadas, todas as pessoas saem da sala, excepto os enfermeiros que tratam do corpo para enviar para a morgue e daí para a agência funerária.

Como carreira *stressante*, o facto de trabalhar com dadores cadáveres e com seus familiares leva a um estado de exaustão emocional. Na manutenção, o enfermeiro tem que providenciar apoio psicológico e espiritual aos familiares (Kim, Elliot e Hyde, 2003).

As maiores preocupações surgem quando o tempo dispendido na manutenção do dador, limita o tempo para apoiar e confortar a família (Kilbert e Kilbert, 1992).

Os enfermeiros referem culpa e cepticismo, pois têm dúvidas se vale a pena a colheita. Sentem-se deprimidos, frustrados, com peso na consciência e acham que tudo é uma crueldade, pois enviam o doente para “o talho” em vez de deixarem morrer pacificamente, mas por outro o resultado altruísta que advém da colheita para o transplante, faz com que os enfermeiros se sintam prazer, orgulho e bem com eles próprios, pois existe uma oportunidade (por vezes remota) de salvar uma vida (Kim, Elliot e Hyde, 2003).

Quando se trata de colheita de órgãos num familiar chegado ao enfermeiro, as atitudes acerca da colheita e doação são bipolares, porque a atitude de cada um é formada pela moral e pelo que acredita e é influenciada por vários factores (Kim, Elliot e Hyde, 2003).

O facto de ser responsabilidade do médico certificar a morte cerebral e comunicar aos familiares, que o seu doente será dador, é vista pelos enfermeiros como uma forma de libertar a sua responsabilidade (Kim, Elliot e Hyde, 2003).

Da experiência dos enfermeiros que participam na colheita de órgãos resultam sentimentos pessoais de *stress* e atitudes negativas que podem transmitir aos outros e diminuir os esforços para a obtenção de órgãos (Regehr et al. 2004).

Segundo Kilbert e Kilbert (1992), as diferentes atitudes dos enfermeiros advém das suas experiências, personalidades e crenças religiosas. Os enfermeiros de colheita tendem ver o lado negro da colheita e transplante, com pouca informação positiva de *feedback*.

Também segundo Regehr et al.(2004), alguns estudos indicam que os enfermeiros que não estão envolvidos na manutenção/colheita têm atitudes mais positivas em relação aos outros que fazem parte dessas equipas. Os enfermeiros nestas situações sentem que estão a violar a sua responsabilidade ética e que não têm intenção de prejudicar o doente de nenhuma forma.

As atitudes negativas dos enfermeiros de bloco são influenciadas pelo facto de não terem feedback dos resultados da transplantação; pela falta de apoio psicológico, formação e respeito dos médicos; pela sensação desagradável de ficarem sós com o cadáver após a colheita; e pelo não envolvimento directo em todo o processo de transplantação (na tomada de decisão) (Kilbert e Kilbert, 1992).

Os enfermeiros consideram a colheita *stressante* e uma experiência perturbante. A colheita em si tem um ritmo alucinante e um tempo cirúrgico grande, dando pouca oportunidade para intervalos e deixando os enfermeiros fisicamente e emocionalmente esgotados. Normalmente é realizada de noite, quando existe um número menor de enfermeiros disponíveis, logo não dá oportunidade para os enfermeiros desabafarem ou discutirem os seus sentimentos com outros e levam os seus problemas para casa (Regher et al., 2004).

As equipas médicas para as colheitas normalmente são de outros hospitais, o que torna um ambiente pesado, porque por vezes desrespeitam os enfermeiros e o próprio dador.

Quando a colheita termina, o suporte ventilatório é desligado, os enfermeiros sentem-se tristes e culpados, e a pessoa finalmente parece morta. É para os enfermeiros, o início do luto pela morte. Este é limpo e arranjado de forma a não se notar a cirurgia a que foi submetido para não impressionar os familiares quando forem ver o corpo e no final os enfermeiros normalmente rezam a agradecer pela doação (Regher et al., 2004).

As estratégias de coping na colheita passam por os enfermeiros focalizarem nos aspectos técnicos da colheita e evitarem pensamentos acerca da vida e família do

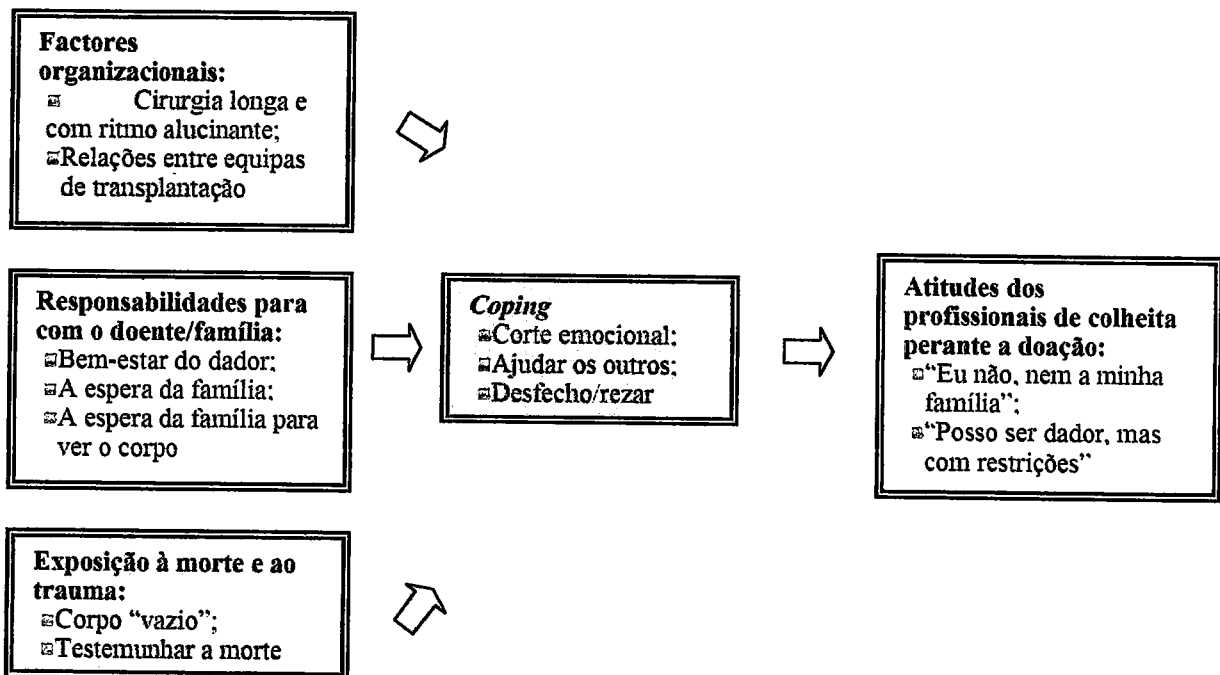
doente. Transfere os seus sentimentos na focagem da vida ou vidas que podem ser salvas através do transplante (Regher et al., 2004).

Os enfermeiros referem que caso existisse mais informação acerca do paradeiro dos órgãos, ou se o transplante teve sucesso e se o receptor se encontra bem de saúde, poderia aliviar a angústia da colheita e manutenção e refocalizar nos aspectos positivos da colheita e manutenção.

Os factores que contribuem para o *stress* são:

- ▣ Factores organizacionais;
- ▣ Responsabilidade para com o doente/família;
- ▣ Exposição à morte e ao trauma;
- ▣ *Coping*;
- ▣ Atitudes dos profissionais de colheita perante a doação.

Figura 4 - Modelo temático das experiências e atitudes perante a obtenção de órgãos



Fonte: Regehr et al. (2004)

Os enfermeiros das unidades de transplante estão mais comprometidos com a necessidade de órgãos, onde têm *feedback* do receptor, tendo atitudes mais positivas em relação à transplantação (Sque, Payne e Vlachonikolis, 2000), quando comparados com os enfermeiros de colheita e manutenção.

O transplante contribui para a melhoria de qualidade de vida para o receptor.

Para Topbas (2005), os profissionais de saúde são a chave e o guia para o sucesso da doação de órgãos. Assim o nível de conhecimento e as atitudes destes profissionais são bastante importantes, porque são eles que providenciam uma informação adequada necessária para a compreensão da população acerca de todo o processo de transplantação. As informações positivas ou negativas deste processo têm um papel importante na predisposição e decisão de cada um.

No estudo de Collins (2004), verificou-se um baixo nível de conhecimento e pouca compreensão de todo o processo de transplantação bem como um deficiente programa educacional. Como tal, os profissionais de saúde perante a doação e colheita de órgãos, apresentam objecções morais, demonstrando atitudes ambíguas mas geralmente negativas. Estão mais presentes em enfermeiros com menos experiência profissional.

Os profissionais de saúde que têm um conhecimento elevado demonstram atitudes positivas em relação à doação, colheita de órgãos e manutenção do dador. Assim, uma formação adequada acerca da doação e colheita de órgãos tem uma relação directa com as atitudes positivas dos profissionais, bem como com a motivação na participação da manutenção do dador. A doação e a colheita de órgãos influenciam as atitudes positivas porque são vistas como o “*salvar uma vida*” (Collins, 2004).

A educação para saúde ajuda a influenciar as atitudes dos enfermeiros perante a transplantação, improvisando níveis de conforto e vontade para estes profissionais aproximarem mais dos familiares dos potenciais dadores (Cantwell e Clifford, 2000).

Uma boa educação para saúde e formação contínua é a única forma de desmistificar preconceitos ou inconformidades. As políticas hospitalares também têm influência na formação e educação de profissionais, pelo qual os hospitais devem implementar mais adequadamente programas nesta área e participar nestes programas de cuidados de saúde dador/receptor.

CAPÍTULO III - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

1. COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL

Os problemas humanos nas organizações são um inalienável campo de estudo e oportunidade para o progresso. Designado actualmente como comportamento organizacional, o seu estudo permite estabelecer comparações entre valores humanos e valores no trabalho. A sua natureza interdisciplinar integra as ciências comportamentais e sociais, nomeadamente no relacionamento entre as pessoas e a organização.

No contexto organizacional, o comportamento humano é motivado por um conjunto de necessidades extremamente variáveis e em permanente mutação. A procura do conhecimento de tais necessidades, a sua estrutura e o modo de funcionamento, desde muito cedo foi fonte de preocupação para os investigadores, o que provocou o aparecimento de numerosos estudos.

Gerir equivale a coordenar e motivar as pessoas para alcançar os objectivos da organização. Apesar de sabermos que uma fatia importante do orçamento é canalizado para o pagamento de despesas de pessoal, deveremos ter em consideração, como refere Carvalho et al., que “dos resultados esperados do desempenho das pessoas, para além da produtividade, pode-se enfatizar a qualidade de vida no trabalho. Espera-se que os recursos humanos (...) sejam impulsionadores da satisfação dos colaboradores e clientes e não originem custos de estrutura desnecessários.” (Carvalho et al., 2002: 34)

Os objectivos da gestão de recursos humanos englobam diversos aspectos, como sejam, a motivação e desenvolvimento de competências, espírito de cooperação, gestão do conhecimento, a motivação e reconhecimento dos profissionais, a excelência de serviço ao utente, mas também, a gestão eficiente de recursos humanos e materiais, optimizando os custos face aos níveis de qualidade dos serviços.

Uma organização é “um grupo social em que existe uma divisão funcional de trabalho e que visa atingir através da sua actuação determinados objectivos, e cujos membros são, eles próprios, indivíduos intencionalmente co-produtores desses objectivos e, concomitantemente, possuidores de objectivos próprios” (Sousa, 1996: 18).

As organizações, “unidades sociais, intencionalmente construídas e reconstruídas a fim de atingir objectivos específicos” (Chiavenato, 2002: 31), constituem o tipo de formação mais característico da sociedade contemporânea,

algumas altamente complexas e diferenciadas. Destas organizações, os hospitais podem ser abordados nos mais variados paradigmas organizacionais, sejam os clássicos ou os emergentes.

Sendo a nossa sociedade, uma sociedade de organizações, segundo Rodrigues (2005), todo o indivíduo inserido no seu contexto social, com os seus valores e juízos, faz parte integrante de várias organizações (organizações essas que coexistem e convivem entre si) e tem um papel activo dentro das mesmas, quer no âmbito relacional, quer na resolução de problemas.

Ao longo do tempo as organizações foram-se modificando em termos de visão e funcionalidade, adaptando os seus objectivos às necessidades sentidas, às alterações políticas, indo tendencialmente para organizações mais humanizadas, harmonizando os interesses de todos. Tudo é negociável, as diferenças aceites e as afinidades seleccionadas emergindo a identidade colectiva através da análise social, sem que haja perda da identidade individual (Rodrigues, 2005).

As organizações revelam-se então, compostas por actividades humanas em diversos níveis de análise. Se forem bem sucedidas, tendem a crescer, através do aumento do número de pessoas e, para que este possa ser administrado, há um acréscimo de níveis hierárquicos. À medida que estes aumentam, ocorre um gradual distanciamento entre as pessoas (com os seus objectivos pessoais), e a cúpula da organização (com os seus objectivos organizacionais). É este crescimento que conduz à complexidade e que exige uma interdependência mútua (Rodrigues, 2005).

As organizações são sistemas sociais e, tal como as pessoas, têm necessidades psicológicas, papéis sociais e *status*. O seu comportamento organizacional resulta do estudo e aplicação do conhecimento sobre as pessoas, estruturas, tecnologia e ambiente no qual a organização opera, de forma a atingir os seus objectivos (Rodrigues, 2005).

As pessoas representam o sistema social interno da organização, grupos formais e informais que se formam, mudam e dissolvem (Rodrigues, 2005).

A estrutura define os relacionamentos formais das pessoas dentro da organização, com diferentes cargos, relacionados de forma coordenada. Tais relacionamentos criam complexos de cooperação, negociação e processo de tomada de decisão (Rodrigues, 2005).

A tecnologia oferece recursos com os quais as pessoas trabalham, afectando as tarefas e influenciando os relacionamentos de trabalho. Permite que se faça mais e melhor mas, pode ser igualmente, factor de constrangimento (Rodrigues, 2005).

A organização é um sistema inserido num meio social mais vasto e que em cada momento tem que ser capaz de encontrar o posicionamento na divisão social do trabalho e encontrar formas de motivar para essa tarefa os indivíduos que nela trabalham. Ela deve ter em conta o comportamento organizacional e ajudar o profissional a melhorar o seu desempenho através do seu desenvolvimento em formas de crescimento e realização (Rodrigues, 2005).

Na opinião de Ferreira et al., “todos os nossos comportamentos são fruto da influência da hereditariedade e do meio, e toda a nossa actuação é ditada quer pela nossa personalidade quer pelas nossas experiências de aprendizagem (...) os quais combinam numa relação de influência e mútua interacção o que torna o comportamento algo de evolutivo, dinâmico e criativo” (Ferreira et al., 1996: 31).

Segundos os mesmos autores, personalidade é, muitas vezes, referida por expressões como atitudes reflexivas, capacidade de diálogo e coordenação, aptidão de chefia, sentido de autonomia, capacidade de negociação, ambição, bom relacionamento interpessoal, etc. A personalidade designa a combinação destas e de outras características que definem as pessoas, em termos de personalidade, de uma maneira única. O conhecimento das características da personalidade é um aspecto importante para o entendimento do comportamento profissional de alguém e para o desempenho de funções.

A razão para se falar dos aspectos relacionados com o comportamento individual nas organizações, nomeadamente a motivação, a satisfação e o empenhamento é sustentada na ideia de que através deles se pode incrementar a produtividade dos indivíduos e das organizações. Alterações de comportamentos podem conduzir à mudança da produtividade.

A procura de formas eficazes de melhorar os resultados da organização passa pela análise do desempenho individual, na perspectiva das causas do seu bom ou mau desempenho e na perspectiva das intervenções destinadas a melhorá-lo.

Para Pina e Cunha et al. (2003), o interesse do estudo da motivação decorre, essencialmente, da sua relação com a produtividade, existindo características que são repetidamente apontadas como relevantes para o aumento da produtividade: as capacidades individuais e a motivação.

Existem três tipos de atitudes relacionadas com os comportamentos organizacionais:

- Envolvimento com o trabalho (grau de identificação pessoal do indivíduo com o seu trabalho);

- Envolvimento com a organização (identificação do indivíduo com a organização);
- Satisfação profissional (atitude do indivíduo face ao seu trabalho).

Estas três atitudes estão em simbiose, pois havendo alteração numa delas, as restantes sofrem consequências.

2. TEORIAS DE MOTIVAÇÃO

A motivação é o principal factor que explica as diferenças individuais e os comportamentos dos indivíduos, implicando necessidades diferentes que variam no tempo à medida que algumas delas vão sendo satisfeitas.

A motivação consiste num conjunto de energias, forças, tensões capazes de desencadear um comportamento. Trata-se de uma energia intrínseca ao indivíduo, resultante da interacção existente entre as necessidades que o caracterizam e os objectos do meio que satisfazem essas necessidades.

Para Bergamini, a motivação pretende estudar o porquê das pessoas se porem em movimento para esta ou aquela direcção, porque o fazem, o que fazem, sabendo que nem todas as pessoas se propõem às mesmas coisas pelas mesmas razões. Este autor, considera que na motivação, os estados internos do organismo que conduzem à movimentação, persistência, energia e orientação de um determinado comportamento dirigem-se a um determinado objectivo. (Andrade, 1997).

Segundo Kast, a motivação “(...) é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma ou, pelo menos, que dá origem a uma propensão a um comportamento específico” (Chiavenato; 2002:80).

As pessoas são diferentes no que diz respeito à motivação. As necessidades variam de indivíduo para indivíduo o que produz diferentes padrões de comportamentos; os valores sociais e as capacidades para atingir os objectivos também são diferentes, e também as necessidades, valores sociais e capacidades variam no mesmo indivíduo com o tempo.

Segundo Rubio, pode-se distinguir três tipos de motivação (Andrade, 1997):

- A motivação extrínseca que leva o indivíduo a mover-se em função das consequências que espera alcançar devido à reacção de retorno. Implica que a qualquer nível o indivíduo é ambicioso no seu trabalho.

- A motivação intrínseca induz o indivíduo a levar a cabo acções em função das consequências que se produzem nele mesmo, a satisfação do trabalho bem feito.
- A motivação social que engloba o reconhecimento dos outros em relação ao indivíduo.

As pessoas têm diferentes motivações, pois as necessidades de cada uma variam, como também os seus valores sociais e as capacidades para atingir os objectivos. Assim os padrões de comportamento também irão diferir.

Para Leavitt, existem três premissas que explicam o comportamento humano:

- “O comportamento é causado - o comportamento é causado por estímulos internos ou externos;
- O comportamento é motivado - o comportamento não é casual nem aleatório, mas sempre orientado e dirigido para algum objectivo;
- O comportamento é orientado por objectivos - em todo comportamento existe sempre um impulso, um desejo, uma necessidade, uma tendência, expressões que servem para designar os motivos do comportamento”. (Chiavenato, 2002:80)

A motivação das pessoas depende basicamente de três variáveis - da percepção do estímulo, que varia conforme a pessoa e na mesma pessoa, de acordo com o tempo; das necessidades, que também variam com a pessoa e da cognição de cada pessoa.

Dentro de uma organização, quando se pretende um clima motivador tem de se ter em conta a natureza das compensações para os profissionais, a avaliação do rendimento e feedback e o enriquecimento do trabalho.

As teorias da motivação evoluíram ao longo dos tempos. Iniciaram-se com Taylor (Modelo tradicional), que referia que as pessoas eram motivadas pelas condições físicas do trabalho e sua necessidade económica, passando pelo modelo de relações humanas (Mayo e outros), que enfatizava a satisfação como factor de motivação e por outros modelos.

Todos estes modelos segundo Andrade (1997) consistiam em três variáveis:

- Características individuais (interesses, atitudes, necessidades);
- Características do trabalho (atributos das tarefas do indivíduo/grau de responsabilidade);
- Características da situação de trabalho (factores do ambiente de trabalho)

Segundo Chiavenato (2002), a teoria motivacional mais conhecida é a de Maslow. Esta teoria baseia-se na chamada hierarquia de necessidades humanas.

Maslow representa esta hierarquia através de uma pirâmide, em que as necessidades primárias estão na base (necessidades fisiológicas e segurança), e as necessidades secundárias (necessidades sociais, estima e auto-realização) estão no topo (as necessidades vão surgindo à medida que vão para o topo). (fig.5).

Para Maslow, as pessoas serão motivadas a satisfazerem qualquer necessidade que seja dominante para elas num determinado momento. A predominância de uma necessidade depende da situação da pessoa no momento e das suas experiências recentes. Cada necessidade tem de ser pelo menos parcialmente satisfeita para a pessoa ter vontade de satisfazer a necessidade do nível imediatamente acima.

As necessidades fisiológicas são as necessidades básicas de uma pessoa. As de segurança são de grande importância no comportamento humano dentro das organizações. Quanto às sociais, quando não estão satisfeitas, a pessoa torna-se hostil e resistente no relacionamento com os outros.

A necessidade de estima está relacionada com a maneira como a pessoa se vê e se avalia. A satisfação desta conduz a sentimentos de confiança, de valor, de poder, de prestígio, de capacidade e utilidade. Está directamente relacionada com a própria pessoa e também por acções externas.

A necessidade de auto-realização, é a necessidade humana mais elevadas no qual a pessoa realiza o seu próprio potencial e está em continuo auto-desenvolvimento.

A teoria de Herzberg vem no seguimento da teoria de Maslow. Veio aumentar a compreensão da relação entre as características do trabalho e motivação, fazendo a distinção entre satisfação no trabalho e a motivação no trabalho. Para Herzberg a motivação depende de dois factores: factores higiénicos - têm a ver com o contexto de trabalho, e os factores motivacionais - têm a ver com o conteúdo do trabalho (Andrade, 1997).

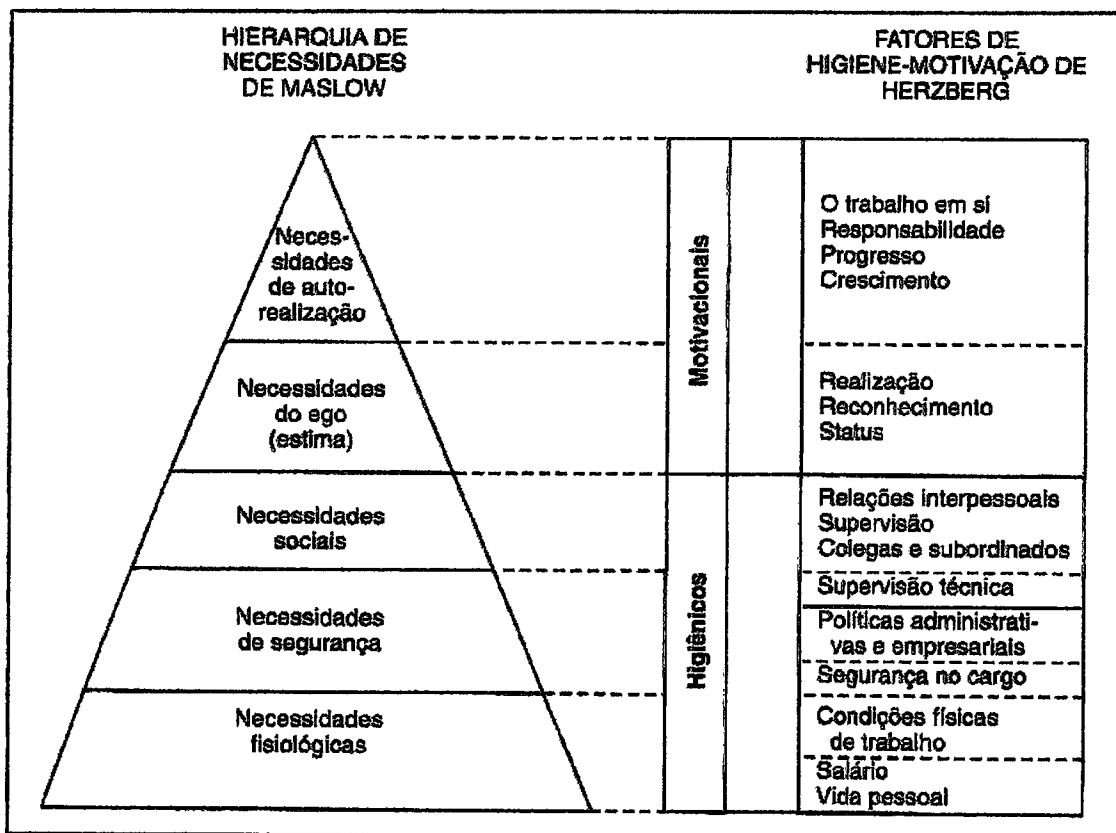
Os factores motivacionais estão relacionados com a satisfação. Assim, a presença de factores higiénicos é uma expectativa normal do trabalhador, pelo que não gera satisfação. É a ausência destes factores que gera insatisfação.

Assim sendo, os factores responsáveis pela satisfação profissional estão totalmente desligados e distintos dos factores responsáveis pela insatisfação profissional; o oposto de satisfação profissional não é a insatisfação, mas sim nenhuma satisfação profissional. Da mesma maneira, o oposto de insatisfação profissional será nenhuma insatisfação profissional e não a satisfação.

Para motivar e satisfazer os trabalhadores é necessário actuar ao nível dos factores motivadores. Deve-se propor o enriquecimento de tarefas que consiste em deliberadamente ampliar a responsabilidade, os objectivos e o desafio das tarefas do cargo.

As abordagens de Maslow e de Herzberg apresentam alguns pontos de concordância que permitem uma configuração mais ampla e rica a respeito da motivação do comportamento humano, tal como se pode observar na figura seguinte:

Figura 5 – Uma comparação dos modelos de motivação de Maslow e de Herzberg



Fonte: Chiavenato, I. (2002)

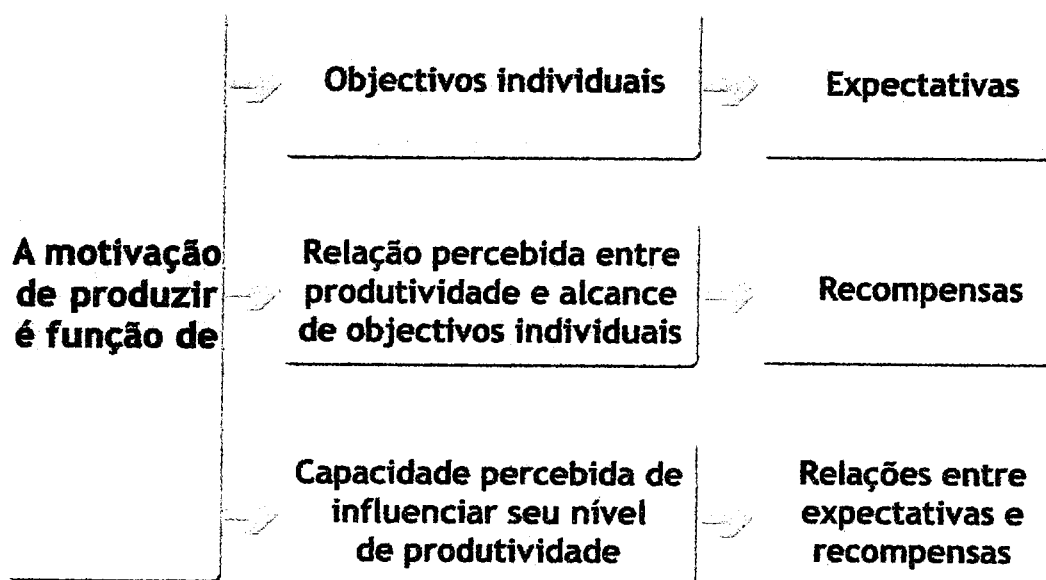
Enquanto Maslow e Herzberg baseiam as suas teorias motivacionais em factores extrínsecos ao indivíduo, Vroom desenvolve uma teoria de motivação baseada nas diferenças individuais (factores intrínsecos).

Vroom define a motivação como consequência dos resultados que a pessoa busca e a sua estimativa de que a acção conduzirá a resultados desejados. É um processo subjectivo, emocional e intuitivo. Considera que existem três factores que determinam em cada indivíduo, a motivação para produzir: “Objectivos pessoais do

indivíduo; Relação percebida entre satisfação dos objectivos e alta produtividade; Percepção de sua capacidade de influenciar sua produtividade”. (Chiavenato; 2002:90).

A figura 6 sintetiza os três factores da motivação para produzir:

Figura 6 – Os três factores da motivação para produzir



Fonte: Chiavenato, I. (2002)

Para explicar a motivação para produzir, Vroom propõe um modelo de expectativa da motivação. Segundo esse modelo, a motivação “(...) é um processo que governa escolhas entre comportamentos. O indivíduo percebe as consequências de cada alternativa de comportamento como resultados representando uma cadeia de relações entre meios e fins”, (Chiavenato, 2002:91).

Esta teoria é denominada modelo contingencial de motivação, pois considera que a motivação depende dos indivíduos, das suas características, das características da organização e do trabalho que executa. É uma teoria da motivação e não do comportamento.

Seguindo o mesmo autor, o conceito de motivação – no nível individual - conduz ao de clima organizacional - no nível da organização, “O clima organizacional está intimamente relacionado com o grau de motivação de seus participantes”, (Chiavenato, 2002: 94).

O clima organizacional refere-se aos aspectos da organização que levam a diferentes espécies de motivação nos seus participantes. “(...) o clima organizacional influencia o estado motivacional das pessoas e é por ele influenciado”. (Chiavenato,

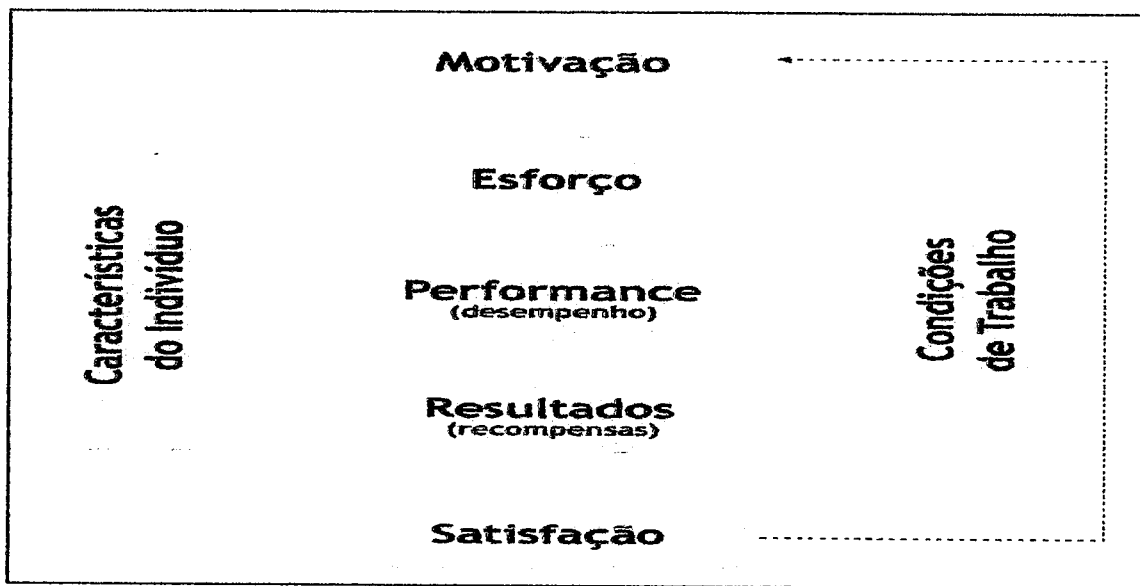
2002:95). Para este autor o clima organizacional refere-se ao ambiente interno que existe entre participantes de uma organização. É a qualidade do ambiente organizacional que é percebida ou experimentada pelos participantes da organização e que influencia o seu comportamento, permitindo ou não a satisfação das necessidades individuais. (Silva, 2004).

Prova-se assim, que a produtividade não é apenas função da capacidade mas também da chamada *motivação* que o trabalhador possui para o desempenho da sua função.

Graça, propõe um modelo básico do comportamento individual nas organizações defendendo que “(...) é essencial uma motivação constante para que se consiga o nível de produção desejado”. (Simões e Falé; 1998:34).

A figura seguinte mostra-nos um modelo básico de comportamento individual nas organizações:

Figura 7 – Modelo básico de comportamento individual nas organizações



Fonte: Adaptado de Simões e Falé (1998)

Para Simões e Falé, “(...) esclarecer, informar e motivar é essencial para a formação de uma equipa de trabalho que contribua efectivamente para os resultados de uma equipa mais alargada, a organização” (Simões e Falé; 1998:35).

Salientam ainda, que o desempenho, para além da motivação que conduz a um determinado esforço, depende também da conjugação de outros factores que podem estar fora do controlo e da vontade profissional:

- Factores endógenos ou características individuais - capacidades; aptidões; competências; experiências; qualificação; treino.
- Factores exógenos ou constrangimentos extrínsecos - sistema e política de saúde; disponibilidade de recursos humanos, técnicos e financeiros; condições e organização do trabalho; legislação da função pública e política de recrutamento e selecção de pessoal, (Simões e Falé; 1998:35).

A motivação dos trabalhadores/colaboradores está também dependente do comportamento dos responsáveis hierárquicos. “Embora os administradores e chefes não possam motivar directamente os empregados, eles podem permitir a livre expressão de inovações e criatividade, o que constitui um estímulo individual”. (Marquis e Huston; 1996:312).

Mas segundo Almeida (1995), a forma de facilitar a transformação do potencial de motivação em acção é identificando as variáveis que condicionam o processo e que são para além das que já apontamos, a recolha e estruturação da informação a disponibilizar.

“ O ser humano é um organismo dependente do ambiente onde está inserido. Saber informações sobre o que o rodeia é considerado como condição fundamental para o aumento da eficácia da acção.” (Almeida;1995:93). Ainda na opinião deste autor para que exista esta eficácia é preciso aumentar a “consciência causal” conhecimento por parte da pessoa do que pode provocar o seu comportamento. Uma das formas de conseguir é ” Mostrar-lhes como funciona a empresa, quais os reflexos do seu desempenho no desempenho global, o que faz cada um e para quê, qual o peso dos desperdícios e gastos supérfluos no resultado final, como se pode contribuir para a redução de custos, em suma, criando um sistema de informação de gestão que funcione.” (Almeida; 1995:83).

“ É necessário consciencializar as pessoas que fazem parte de um sistema cujo funcionamento é muito afectado pela sua conduta. Uma organização é exactamente isso. Um sistema onde vários elementos devem trabalhar em conjugação, para que se consiga atingir um objectivo comum.” (Almeida;1995:83).

3. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

O conceito de satisfação profissional pode ser definido segundo Locke, como “um estado emocional positivo ou agradável, resultante da apreciação das experiências pessoais no trabalho” (Andrade; 1997: 34).

Para Graça (1999) a satisfação é basicamente uma atitude que pode ser verbalizada e medida através de opiniões e percepções, como tal é distinta de um comportamento directamente observável.

Segundo o mesmo autor, a satisfação no trabalho resulta da avaliação periódica que cada um de nós faz, instantânea ou empiricamente, do grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais, ou seja, é um perceber ou sentir que aquilo que recebe é justo ou está de acordo com aquilo que esperava obter. Por outro lado, quanto maior for a diferença, a discrepância entre aquilo que uma pessoa esperava obter e aquilo que na realidade obtém, tanto maior é a não-satisfação dessa pessoa.

Para Kaluzny, a satisfação profissional é definida também como atitudes positivas que os profissionais têm em relação a vários aspectos das actividades da organização (Rodrigues, 2005). Podendo ser conceptualizada considerando dois aspectos: os processos psicológicos que constituem a experiência subjectiva da satisfação no trabalho e, neste caso estamos no domínio das atitudes com as suas três dimensões (afectiva, cognitiva e comportamental) e o segundo aspecto refere-se à identificação das características associadas ao trabalho que produzem experiências subjectivas de satisfação.

Andrade (1997) refere-se a uma atitude geral de um indivíduo face ao seu trabalho. Se este se apresentar insatisfeito desenvolve atitudes negativas, se pelo contrário apresentar-se satisfeito, vai desenvolver atitudes positivas.

As medidas de satisfação em relação a aspectos específicos do trabalho são as mais estudadas para medir o grau de satisfação do indivíduo, e conseqüentemente a qualidade de vida deste.

Os aspectos mais usados são as **recompensas**, o tipo de **tarefas executadas**, a supervisão, o comportamento de cidadania organizacional (relacionamento com os colegas), o absentismo, o *burnout*, etc.

Como formas de aumentar a satisfação do profissional, Paulo (2003), refere o salário, oferta de benefícios, um sistema de compensações flexíveis, entre outros.

Para haver uma qualidade de vida no trabalho excelente, é necessário um enriquecimento do trabalho, uma supervisão democrática, um envolvimento de todos os intervenientes e um ambiente de trabalho seguro.

A satisfação profissional é determinada pelo grau de autonomia e auto-expressão que individuo possui (Andrade, 1997).

Para Graça (1999), as principais dimensões da satisfação profissional são a remuneração, a segurança no emprego, as condições de trabalho e saúde, as relações de trabalho e suporte social, o status e prestígio, a autonomia e poder e a realização pessoal e profissional e o desempenho organizacional (Quadro 3).

Quadro 3 – Principais dimensões da satisfação profissional

DIMENSÃO	CONCEITO
REMUNERAÇÃO	<p>As recompensas extrínsecas com expressão pecuniária, directa (em espécie ou numerário) ou indirecta (inclui benefícios ou usufruição de bens) que recebe pelas funções que exerce, incluindo o vencimento-base e outras remunerações complementares (por ex. horas extraordinárias, gratificações).</p> <p>Inclui a percepção da equidade dessas recompensas em função do nível de desempenho, do grau de qualificação, das condições de vida e de trabalho.</p>
SEGURANÇA NO EMPREGO	<p>A garantia de estabilidade em relação não só à função que desempenha, como também em relação ao futuro na instituição, da sua carreira profissional e do seu vínculo à instituição.</p>
CONDIÇÕES DE TRABALHO SAUDE	<p>Inclui o ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde, segurança e bem estar físico, mental e social do profissional; existência de serviços, programas e actividades orientadas não só para prevenção de riscos profissionais bem como para a vigilância e promoção da saúde e a informação e a formação no domínio da segurança, higiene e saúde no trabalho.</p>
RELAÇÕES DE TRABALHO SUPORTE SOCIAL	<p>O conjunto de relações de trabalho (hierárquicas, funcionais e cooperativas), que o profissional estabelece com os outros profissionais, a nível interno e externo. Inclui o suporte social que pode ser dada pela direcção da instituição ou pelos pares.</p>
STATUS PRESTÍGIO	<p>O prestígio profissional que o profissional tem no exercício profissional, no serviço, na instituição, da comunidade, etc., incluindo a auto-imagem e a auto-estima.</p>
AUTONOMIA PODER	<p>Inclui a independência e autonomia técnico-científicas, a disponibilidade de recursos, a oportunidade de participação na organização e funcionamento do serviço, o autocontrolo do trabalho, a capacidade de influenciar a gestão estratégica da instituição</p>
REALIZAÇÃO PESSOAL PROFISSIONAL DESEMPENHO ORGANIZACIONAL	<p>Concretização das possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional, o que decorre em grande medida de oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem, do conteúdo do trabalho, etc.</p> <p>A realização pessoal e profissional está assim associada, tanto ao seu próprio desempenho individual como ao desempenho organizacional.</p>

Fonte: Adaptado de: Graça, L.(1999)

Para Graça (1999), um importante indicador do clima organizacional, é um elemento determinante da avaliação da qualidade das organizações.

Silva (2004), refere que em alguns estudos, as pessoas com mais idade sentem maior satisfação, por estabelecerem os seus objectivos pessoais de forma a irem de encontro aos organizacionais, isto por terem a noção da maior dificuldade em mudar de instituição, enquanto outros verificam que a idade está inversamente correlacionada com a satisfação, supondo que os profissionais mais novos estarão mais entusiasmados, influenciando positivamente a satisfação.

Para esta autora, as habilitações académicas interferem negativamente na obtenção de satisfação profissional, pois implica expectativas maiores se as habilitações forem mais elevadas. Refere também que as consequências de *burnout* prejudicam os profissionais de saúde, os utentes e a instituição, desencadeando diminuição do empenho profissional.

Porter e Steers referem que sendo a satisfação profissional um sentimento ou estado resultante das condições de trabalho, esta vai influenciar as atitudes dos profissionais, que poderão ser positivas (capazes de melhorar ou beneficiar a organização) ou negativas (prejudicando a organização). Assim é relevante conhecer as expectativas dos profissionais, como forma de predizer os seus comportamentos e dessa maneira a organização conhecer essas expectativas e influenciar o nível de satisfação do profissional (Silva, 2004).

A participação na tomada de decisão tem uma associação positiva com a satisfação, bem como a remuneração e as relações de trabalho e suporte social.

Na perspectiva de Lawler, quanto maior for a percepção sobre o esforço que o profissional coloca no seu empenho, maior será a percepção sobre as recompensas que deverá receber, logo maior satisfação. (Silva, 2004).

Salancik e Pfeffer referem que a satisfação profissional deve ser encarada também como um produto da influência social, uma vez que, a situação de trabalho e seus atributos são definidos e avaliados pelas percepções dos outros, permitindo admitir assim, que a satisfação, como fenómeno socialmente construído, é produto da influência social e da informação disponível. (Silva, 2004).

Segundo Andrade (1997), o enriquecimento do cargo torna-se necessário e consiste em ampliar deliberadamente a responsabilidade, os objectivos e o desafio das tarefas do cargo. A rotinização provoca monotonia, frustração, fadiga física e mental e empobrece o trabalho. O enriquecimento do trabalho procura resolver o problema de insatisfação aumentando a profundidade do trabalho. Como este se torna mais

desafiante e a responsabilidade aumenta, também aumenta a motivação e o entusiasmo dos indivíduos.

Este enriquecimento é uma estratégia que tem como objectivos, aumentar a complexidade, a variedade e os desafios no trabalho. Esta estratégia implica que as tarefas proporcionem desafio, adequado ao indivíduo e de acordo com as necessidades deste de desenvolvimento e de estimulação.

Para Lucas, uma das estratégias mais eficazes diz respeito à mudança do próprio trabalho com o enriquecimento do papel profissional (Andrade, 1997). Este enriquecimento significa um reforço vertical e submete a alguns princípios demonstrados no quadro seguinte:

Quadro 4 – Princípios e motivadores envolvidos no enriquecimento do trabalho

<i>Princípio</i>	<i>Motivadores envolvidos</i>
- Remover alguns controlos retendo a responsabilidade;	- Responsabilidade e realização profissional;
- Aumentar a responsabilidade dos indivíduos pelo seu trabalho;	- Responsabilidade e reconhecimento;
- Dar à pessoa uma unidade de trabalho completa (módulo; divisão; área; etc.);	- Responsabilidade, realização e reconhecimento;
- Atribuir autoridade adicional ao empregado na sua actividade, liberdade do seu trabalho;	- Responsabilidade, realização e reconhecimento;
- Fazer avaliações periódicas e dá-las a conhecer ao próprio trabalhador, mais do que ao seu superior;	- Reconhecimento interno;
- Introduzir novas e mais difíceis tarefas previamente asseguradas;	- Crescimento e aprendizagem;
- Atribuir tarefas específicas individuais, ou especializadas, permitindo-lhes tornarem-se peritos.	- Responsabilidade, crescimento e avanço.

Fonte: Andrade (1997)

O enriquecimento do trabalho para ser eficaz, necessita de ser assumido como uma função permanente de gestão, que implica decisão permanente e controle da situação.

Para Chiavenato (1989), os três conceitos mais importantes no enriquecimento do cargo, relacionam-se com factores motivacionais:

- ☒ O homem necessita e procura trabalho significativo, como meio de utilizar no trabalho a sua capacidade de expressão;
- ☒ A motivação é uma função de satisfação no cargo e liberdade pessoal;

- ☒ O conteúdo do cargo está relacionado com a satisfação no mesmo.

Para este autor, o principal dilema é a resistência à mudança face aos deveres aumentados, onde se encontra quatro razões básicas para esta resistência:

- ☒ **Ansiedade** experimentada pelo sentimento de que o individuo não é capaz de aprender novas e modificadas habilidades requeridas pelo projecto do cargo enriquecido. Trata-se de uma falta de confiança na própria capacidade de desempenhar eficientemente o novo cargo;
- ☒ **Temor de falhar**, uma vez que muitos individuos passam vários anos a desenvolver as suas habilidades actuais que os torna eficientes nos actuais cargos;
- ☒ **Atitude dos individuos quanto às mudanças influenciadas pelas suas relações com os seus supervisores**. Os trabalhadores mais proficientes nos seus cargos requerem menor supervisão directa e, em consequência, adquirem um elevado grau de liberdade e independência, que podem satisfazer o trabalhador. Com o enriquecimento do cargo poderá ser sujeito a maior dose de supervisão;
- ☒ **Resistência a qualquer mudança devido aos próprios hábitos dos individuos**. Trata-se de uma característica psicológica do homem.

Mas o enriquecimento do cargo produz efeitos desejáveis e efeitos colaterais indesejáveis. Para mesmo autor, estes são os que estão apresentados no seguinte quadro:

Quadro 5 – Efeitos do enriquecimento do cargo

<i>Efeitos desejáveis</i>	<i>Efeitos indesejáveis</i>
Maior motivação	Maior ansiedade
Maior produtividade	Mais conflito
Menor absentismo	Sentimentos de exploração
Menor turn-over	Redução de relações interpessoais

Fonte: Adaptado de Chiavenato (1989)

Segundo Hackman, o enriquecimento do cargo pode efectivamente melhorar o trabalho, uma vez que os problemas que possam surgir advém da maneira como os projectos de trabalho são implantados (Chiavenato, 1989).

A sua reestruturação poderá melhorar o relacionamento básico entre o individuo e o trabalho, bem como oferecer oportunidade de iniciar outras alterações na

organização e de alterar o estilo de administração, como também a longo prazo poderá ajudar as organizações a humanizarem as pessoas que trabalham para elas.

Para tal existem cinco dimensões básicas do trabalho a seguir:

- **Variedade de qualificação**, que implica executar tarefas diferentes que desafiam o intelecto e desenvolvem a capacidade de coordenação;
- **Identidade da tarefa**, que implica executar uma função completa no trabalho, do início ao fim, e poder mostrar um trabalho tangível como resultado;
- **Significado da tarefa**, que implica estar envolvido numa função de trabalho que seja importante para o bem-estar, a segurança e, talvez, para a sobrevivência dos outros. Ou seja, poderemos indagar até que ponto a tarefa afecta o trabalho ou a vida dos outros dentro da organização;
- **Autonomia**, que implica ser responsável pelo êxito ou pelo fracasso de uma função do trabalho e poder planear o horário, o controle, a qualidade do trabalho, etc;
- **Feedback**, que implica ficar a saber qual é a eficácia do próprio trabalho por meio de uma avaliação clara e discreta por parte de um chefe ou colegas ou dos resultados do próprio trabalho.

Para Hackman, o sentido, a responsabilidade e a compreensão dos resultados do trabalho contribuem para a motivação e satisfação no trabalho. Os indivíduos cujos trabalhos envolvem altos níveis de variedade, identidade de tarefas e significado da tarefa acham o trabalho com muito sentido. Um alto nível de autonomia leva a um maior senso de responsabilidade e de prestação de conta, e quando há *feedback*, os trabalhadores conseguem um entendimento útil de seus papéis e funções específicas. Assim, quanto maior é a presença destas cinco dimensões num trabalho, maior será a probabilidade de quem executa ficar motivado e ter satisfação no trabalho. (Andrade, 1997).

4. ALGUNS ESTUDOS SOBRE A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Embora a satisfação no trabalho na área da profissão de enfermagem seja um tema que nos interessa e preocupa a todos, não são abundantes os trabalhos publicados sobre esta matéria.

Segundo Almeida, Corgo e Marta (2004), o enfermeiro não apresenta uma situação desfavorável no contexto do trabalho. Estudos efectuados pelas mesmas autoras, usando o “Motivating Potencial Score (MPS)”, chegaram à conclusão de que a profissão de enfermagem é bastante alta em motivação, comparada com outros técnicos. Mesmo assim, verifica-se que apesar de existir um elevado potencial que leva os indivíduos a optarem pela enfermagem, a profissão apresenta alguns sinais de insatisfação, que com certeza se repercutirão ao nível da realização pessoal, profissional e na qualidade da prestação dos cuidados. O excesso de trabalho e a escassez de enfermeiros têm sido factores apontados com grande significado para este facto. No entanto, a situação tem vindo a melhorar na última década, com a formação de mais enfermeiros, entre outros factores.

Os factores relacionados com a insatisfação no trabalho contribuem em cerca de 32% dos abandonos do pessoal de enfermagem, referente a estudos efectuados em 1965 (Almeida, Corgo e Marta, 2004).

Everly e Falcione efectuaram um estudo em que procuraram identificar os comportamentos que eram percebidos pelos enfermeiros como contribuindo para a satisfação profissional. Utilizaram uma escala tipo Likert numa amostra de 144 enfermeiros em 4 hospitais. Concluíram que a componente mais importante era a relação com os superiores hierárquicos, seguindo-se as compensações intrínsecas do trabalho e finalmente factores contextuais de estatuto. (Almeida, Corgo e Marta, 2004)

A satisfação que os enfermeiros sentem nos seus cargos, é em grande parte, consequência da medida em que vários aspectos das suas integrações e situações de trabalho tendem a ser, relevantes para os seus sistemas de valores no que concerne às suas funções.

Castell, refere que apesar da enfermagem ser uma peça fundamental nas instituições de saúde, vive um *“alto grado de insatisfacción respecto a su situación*

como empleados.”⁸ (Castell, 1995: 17). Esta situação comprova-se através da escassa ou nula participação na gestão hospitalar, do limite de poder para qualquer inovação, da dificuldade das relações interdisciplinares, de problemas de comunicação que dificultam o trabalho em equipe, e das condições de trabalho pouco funcionais entre outras. Todas estas situações conduzem a uma diminuição na qualidade dos cuidados bem como um aumento do absentismo.

Segundo o mesmo autor a satisfação no trabalho sentida pelo enfermeiro deve-se principalmente às condições de trabalho indispensáveis à execução dos cuidados de enfermagem, que englobem:

- Condições comuns a todo o trabalhador que fornece um trabalho – salário, descanso anual e semanal, horário, formação, progressão, autonomia e reconhecimento;
- Condições específicas ao exercício das actividades de enfermagem – intrínsecas ao trabalho de enfermagem, de acordo com a sua especificidade;
- Condições internas à prestação de cuidados – condições indispensáveis à realização, como o tempo de reflexão, análise e compreensão das situações que exigem consulta de fontes de conhecimento, contribuindo assim para desenvolver um saber baseado na prática dos cuidados mas com fundamentação teórica; o tempo de relaxe, necessário ao equilíbrio físico e psíquico do enfermeiro; e o número de enfermeiros disponível de acordo com o número de doentes e da complexidade dos cuidados.

Valla et al (1994), também referem que é fundamental o ajustamento do trabalhador à estrutura organizacional para o bom funcionamento da instituição, à necessidade de um equilíbrio entre as características pessoais do indivíduo e as práticas organizacionais existentes.

Perante as aptidões de cada enfermeiro, deve dar-se a oportunidade de escolha do serviço, de forma a que possa haver compatibilidade entre o seu projecto profissional e um ambiente de trabalho da sua preferência.

A oportunidade de escolha de serviço é um factor relevante para a satisfação profissional, mas não será menos importante a forma de integração do indivíduo na unidade. Uma deficiente integração leva, não só à instabilidade e conseqüente transferência de serviço, mas também a uma diminuição do nível de qualidade dos cuidados prestados.

⁸ “elevado grau de insatisfação a respeito da sua situação como empregados”

Também a qualidade da comunicação é fundamental no processo de integração, como refere Sousa (1973), na medida em que a comunicação transmite atitudes de atenção, compreensão e ajuda. Estas atitudes são de cabal importância para o indivíduo que se encontra numa situação de integração. (Garrido, 2004)

O mesmo autor refere que, a escolha e integração adequada do indivíduo num serviço é bastante importante dado que existe uma relação formal entre a enfermagem e a sociedade devidamente legislada e que confere direitos e deveres quer ao destinatário dos cuidados de enfermagem, quer ao enfermeiro. Assim, segundo o mesmo autor a sociedade exige da enfermagem competência e qualidade na prestação dos cuidados de uma forma efectiva e eficiente, actuando também ao nível de identificação e prevenção de novas necessidades. Perante a lei, o enfermeiro é responsável pela qualidade dos serviços prestados à sociedade, mas essa lei também confere ao enfermeiro o direito à escolha de serviço e à sua correcta integração para poder exercer correctamente e nas melhores condições os seus deveres.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

A fundamentação teórica permiti-nos alargar de conhecimentos sobre o tema em estudo e conhecer novas significações dos fenómenos estudados, como referem Polit e Hungler (1995: 33), “na segunda principal fase de um projecto de pesquisa, o investigador precisa tomar uma quantidade de decisões acerca dos métodos que utilizará”.

A nossa contribuição experimental encontra-se organizada em três capítulos: metodologia, apresentação e discussão dos resultados e, por último, as conclusões e recomendações.

O capítulo da metodologia inclui: a conceptualização, a unidade de análise formulação das hipóteses, o método científico e o tipo de estudo, a amostra do estudo, instrumentos de colheita de dados (selecção das variáveis e sua validação) e, por fim, os procedimentos de recolha, tratamento e análise dos dados.

A apresentação dos resultados e discussão está organizada em diversos sub-capítulos, englobando a caracterização sociodemográfica e profissional dos actores em estudo, o nível de satisfação dos mesmos, os seus conhecimentos e as suas atitudes perante a problemática abordada e, por fim, a testagem e análise das hipóteses.

Finalmente, apresentamos as principais conclusões do estudo, as suas limitações e implicações, algumas recomendações e sugestões para futuras investigações.

CAPITULO IV – METODOLOGIA DO ESTUDO

Em ciência nada acontece por si só, tudo é construído. Se não existir quem se interogue sobre factos, acontecimentos ou características da realidade em que se está envolvido, não pode haver um conhecimento válido e científico.

Para que o percurso, desde as interrogações iniciais se processe de forma satisfatória e credível na busca de respostas e de novos conhecimentos, há a obrigatoriedade de seguir um conjunto de passos perfeitamente definidos. A esse conjunto de passos chamamos metodologia.

O método é “o caminho para se chegar a um determinado fim” (Gil, 1995: 27). O termo metodologia refere-se à descrição e análise dos procedimentos e técnicas específicas para a recolha e análise de dados, às suas potencialidades e limites, bem como, aos pressupostos subjacentes à sua aplicação.

A metodologia de investigação segundo Gauthier “engloba tanto a estrutura do espírito e da forma de investigação como as técnicas utilizadas para pôr em prática este espírito e esta forma”, “é o acto de observação que está ligado a um ciclo de teorização” (Gauthier 2003:22), que está no cerne da metodologia.

Na metodologia existe uma “confrontação de ideias, saídas tanto da experiência e da imaginação, com os dados concretos, derivados de observação com vista a confirmar, a alterar ou a rejeitar estas ideias de partida.” (Gauthier, 2003:22).

Para Fortin, a metodologia consiste num “conjunto de métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Também, secção de um relatório de investigação, que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação” (Fortin, 1999: 372).

Neste contexto a metodologia será a organização crítica das práticas de uma investigação que se desenrola desde a formulação das questões iniciais e que vai permitir chegar a conclusões fiáveis e consonantes com os propósitos iniciais.

1. CONCEPTUALIZAÇÃO, MÉTODO CIENTIFICO E TIPO DE ESTUDO, OBJECTIVOS E HIPOTHESES

Um trabalho de investigação inicia-se habitualmente para dar resposta a um conjunto de dúvidas ou interrogações, que no nosso caso concreto foram: qual o perfil sócio profissional dos enfermeiros que desempenham funções na área da colheita de órgãos e transplante?; Qual o grau de satisfação profissional desses enfermeiros?; Qual é o nível de conhecimentos dos enfermeiros acerca desta temática?; Que tipo de atitudes têm os enfermeiros face à colheita de órgãos, ao transplante e à manutenção do dador?; Qual o papel desempenhado por factores como o género, idade, equipa de pertença, tempo de exercício na área, forma como entraram na equipa, formação específica, necessidade de apoio psicológico, existência de integração quando iniciou funções na área, grau de satisfação profissional e nível de conhecimentos nas atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante?

Na tentativa de encontrar respostas para estas questões partimos para um estudo não experimental, transversal, correlacional de tipo quantitativo.

Para este estudo a escolha do método científico a utilizar é o método quantitativo que Fortin define como “um processo sistemático de colher dados observáveis e quantificáveis...tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos” (Fortin 1999:22).

É um estudo transversal porque é idealizado num momento. O estudo pertence ao nível III, do tipo correlacional e consiste “em examinar relações entre variáveis” (Fortin; 1999:174) “verificando a natureza das relações que existem entre determinadas variáveis” (Fortin; 1999: 176) e não experimental, porque não se vai manipular as variáveis (são apenas correlacionadas) e estas não são aleatórias, pois são escolhidas de forma precisa.

Os objectivos permitem orientar todo o processo de investigação, tornando-se decisivo. Neste trabalho pretende-se:

- Caracterizar o perfil sócio profissional dos enfermeiros na área da colheita de órgãos e transplante;
- Avaliar o grau de satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham em serviços onde são efectuadas colheitas de órgãos, manutenção do dador e transplantes

- Identificar o nível de conhecimentos dos enfermeiros que desempenham funções nesta área;
- Avaliar as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante;
- Determinar alguns factores preditivos das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante

A formulação de hipóteses é um passo fundamental e incontornável em qualquer estudo de investigação de forma a atingir resultados úteis e satisfatórios.

Segundo Fortin, a hipótese é um “enunciado que prediz a ou as relações esperadas entre duas ou mais variáveis. É uma resposta plausível para o problema de investigação” (Fortin 1999: 370).

Citando Quivy, a hipótese é uma “preposição que prevê uma relação entre dois termos, que, segundo os casos, podem ser conceitos ou fenómenos” (Quivy 1998: 136).

De um modo geral, o objectivo das hipóteses é orientar a investigação. O seu objectivo crítico é dirigir o desenho da investigação no que respeita à recolha, análise e interpretação de dados. As hipóteses interrelacionam as variáveis com interesse estabelecendo relações formais; são estas relações que são submetidas a provas empíricas (Polit e Hungler, 1994).

De acordo com o problema em estudo enuncia-se as seguintes hipóteses:

- H1: Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante o género.
- H2: Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a equipa a que pertencem.
- H3: Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a forma como entraram na equipa a que pertencem.
- H4: Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a formação específica que tiveram.
- H5: Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a necessidade de apoio psicológico que têm.
- H6: Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a existência de integração quando iniciou funções nesta área.

- H7: As atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante correlacionam-se positivamente com o grau de satisfação profissional.
- H8: As atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante correlacionam-se positivamente com a idade.
- H9: As atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante correlacionam-se positivamente com o tempo de exercício nesta área.
- H10: As atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante correlacionam-se positivamente com o nível de conhecimento sobre transplante e doação de órgãos.

2. UNIVERSO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo são os enfermeiros pertencentes às diferentes equipas (de colheita de órgãos, de transplantes e da unidade que inicia a preparação e manutenção do dador e da unidade de transplante), da grande área metropolitana de Lisboa. Assim o estudo foi efectuado em quatro hospitais, sendo estes: o Hospital de S. José, o Hospital de Santa Maria, o Hospital Curry Cabral e o Hospital Garcia d'Orta [Anexo X]. Estes foram seleccionados pela grande percentagem de colheitas e transplantes efectuados em Lisboa de acordo com relatório de actividades de 2004 da OPT (52,7% do total de colheita/transplantes).

Assim foram entregues 371 questionários, mas só 37,2% dos enfermeiros é que responderam adequadamente ao questionário.

A amostra foi recolhida de Maio a Agosto de 2006, sendo que a técnica de amostragem utilizada é a não probabilística ou não aleatória pois “é a ausência de um mecanismo que determina rigorosamente quem é escolhido, recorrendo-se para o efeito ao julgamento humano...” (Vicente, Reis e Ferrão, 1996: 61), assim a amostra será intencional que pelos mesmos autores ela é “composta de elementos seleccionados deliberadamente...pelo investigador...” (Vicente, Reis e Ferrão, 1996: 61).

3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Para recolher a informação pretendida e transformar conceitos em fenómenos mensuráveis e passíveis de registo, é necessário efectivar a construção de um instrumento de colheita de dados, que torne exequível esta pretensão. Tal tarefa encontra-se, entre os maiores desafios do processo de pesquisa. Trata-se de escolher,

entre uma variedade de alternativas, aquela que melhor se adequa aos objectivos pretendidos, às características do estudo e, principalmente, às características da amostra.

“A elaboração de um instrumento de colheita de dados consiste basicamente em traduzir os objectivos específicos de pesquisa em itens bem rígidos atendendo a regras básicas para o seu desenvolvimento, além de ser o utensílio que o investigador utiliza para recolher informação válida e pertinente à realização do trabalho de pesquisa” (Gil, 1995: 105).

O método de colheita de dados utilizado foi o inquérito que segundo Fortin é um “método de investigação segundo o qual os dados são obtidos junto de uma amostra representativa, a partir de questionários estruturados...” (Fortin, 1999; 370) e o seu instrumento de colheita será um questionário que segundo a mesma autora é um “conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos...” (Fortin, 1999: 374), de análise quantitativa a aplicar aos enfermeiros seleccionados.

Este instrumento, de acordo com Quivy e Campenhoudt (1996: 190), “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativos de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores.”

Com base nestes pressupostos foi elaborado um conjunto de instrumentos constituído por cinco partes distintas, capazes de produzir todas as informações adequadas e necessárias para o estudo.

1º Breve nota introdutória e explicativa

2º Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

3º Grau de satisfação profissional dos enfermeiros na área de colheita de órgãos e transplante

4º Nível de conhecimentos dos enfermeiros acerca da colheita de órgãos e transplante

5º Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante

3.1. Variáveis sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

A avaliação dos dados sóciodemográficos e profissionais foi efectuada através da colocação de trinta questões de resposta aberta, fechada e mista, operacionalizadas da seguinte forma:

Género: pergunta fechada, dicotómica com duas hipóteses de resposta: masculino e feminino (variável qualitativa nominal).

Idade: pergunta aberta, definida em anos (variável quantitativa contínua métrica).

Estado civil: os inquiridos foram classificados considerando, não apenas a sua situação legal mas, também, a sua rotina habitual. Em conformidade foram considerados 4 grupos de indivíduos – solteiro, casado/união de facto, divorciado e viúvo (variável qualitativa ordinal).

Grau académico: pergunta fechada com cinco opções de resposta: curso geral de enfermagem, bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento (variável qualitativa ordinal).

Tempo de exercício profissional: pergunta aberta que pretende medir o tempo decorrido desde o início da actividade profissional até ao momento, em anos (variável quantitativa contínua métrica).

Categoria Profissional: nível hierárquico dentro da profissão de Enfermagem. De acordo com o art. 4º do DL n.º 437/91, de 8 de Novembro, elaborámos uma pergunta fechada, múltipla, com quatro opções de resposta: Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Graduado e Enfermeiro (variável qualitativa ordinal).

Equipa de pertença: equipa a que o enfermeiro pertence e desenvolve as suas competências técnicas, científicas e relacionais. Variável operacionalizada através de uma pergunta fechada, com três opções de resposta: Colheita, Transplante e Manutenção do dador (variável qualitativa nominal).

Tempo de exercício na equipa: tempo decorrido desde que iniciou funções na equipa onde desempenha actualmente a actividade profissional. Variável operacionalizada através de uma pergunta aberta, definida em anos (variável quantitativa contínua métrica).

Forma como entrou para a equipa: a forma como o enfermeiro iniciou a sua actividade profissional na equipa seleccionada. Variável operacionalizado

através de pergunta fechada com três opções de resposta: Convite, Distribuição do serviço e Não se aplica (variável qualitativa nominal).

Existência de integração: através de pergunta fechada, dicotômica, com duas hipóteses de resposta: sim e não, onde o enfermeiro é inquirido acerca da existência de integração na equipa (variável qualitativa nominal). Os que responderam afirmativamente são convidados a indicar o tempo de integração, pergunta aberta, definida em semanas (variável qualitativa nominal).

Formação específica na área: os enfermeiros são inquiridos acerca da realização de formação dentro da área abordada. Pergunta fechada, dicotômica com duas opções de resposta: sim e não (variável qualitativa nominal). Os que responderem negativamente são convidados a responder a questão seguinte (variável qualitativa nominal).

Necessidade de formação: Pergunta fechada, dicotômica com duas hipóteses de resposta: sim e não (variável qualitativa nominal). Os que responderem afirmativamente são convidados a indicar em que aspectos necessitam da formação (variável qualitativa nominal).

Necessidade de apoio: os enfermeiros são inquiridos acerca da necessidade de apoio nesta área. Pergunta fechada, dicotômica com duas hipóteses de resposta: sim e não (variável qualitativa nominal). Os que responderem afirmativamente são convidados a indicar que tipos de apoio acham pertinente (variável qualitativa nominal).

Tipo de apoio existente na instituição: Pergunta fechada com quatro opções de resposta: Nenhum, psicólogo, apoio de colegas e outro (variável qualitativa nominal). Nesta última opção, o inquirido especifica qual o outro apoio existente na instituição, que não está incluído nas outras três opções (variável qualitativa nominal).

Não dador: ao enfermeiro é questionado se é da sua vontade não doar órgãos. Pergunta fechada, dicotômica com duas hipóteses de resposta: sim e não (variável qualitativa nominal). Se responder afirmativamente é convidado a responder se está inscrito no RENNDA. Pergunta fechada, dicotômica com duas hipóteses de resposta: sim e não (variável qualitativa nominal).

Existência de algum familiar dador: Pergunta fechada, dicotômica com duas hipóteses de resposta: sim e não, onde o enfermeiro é questionado sobre a existência ou não de colheita de órgãos em algum familiar seu (variável

qualitativa nominal). Se resposta afirmativa, este é convidado a responder à questão seguinte.

Órgãos colhidos: aqui é perguntado se o enfermeiro sabe quais foram os órgãos colhidos ao seu familiar. Pergunta fechada, dicotômica com duas hipóteses de resposta: sim e não (variável qualitativa nominal), onde se responder afirmativamente é questionado quais os órgãos colhidos. Pergunta fechada, com seis opções de resposta: rins, coração, fígado, pulmões, córnea e pâncreas (variável qualitativa nominal).

Existência de algum familiar transplantado: Pergunta fechada, dicotômica com duas hipóteses de resposta: sim e não, onde o enfermeiro é interrogado da existência ou não de algum familiar seu transplantado (variável qualitativa nominal). Se resposta afirmativa, este é convidado a responder há quanto tempo foi transplantado. Pergunta aberta, definida em anos (variável quantitativa métrica contínua), e direcciona para o item seguinte.

Órgãos transplantados: aqui é perguntado ao enfermeiro quais foram os órgãos transplantados no seu familiar. Pergunta fechada, com seis opções de resposta: rins, coração, fígado, pulmões, córnea e pâncreas (variável qualitativa nominal).

3.2 Grau de satisfação profissional dos enfermeiros na área de colheita de órgãos e transplante

Apesar de existirem algumas escalas relacionadas com a avaliação do grau de satisfação dos profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, ao longo da fundamentação teórica fizemos referencia, nomeadamente aos resultados de estudos em que estiveram envolvidos. De onde retiramos ensinamentos, ideias e até alguns itens optamos pela construção de um instrumento original que incluísse as dimensões pretendidas e alguns itens considerados pertinentes do ponto de vista teórico.

Assim construímos uma escala inicial com 45 itens e a cada item fizemos corresponder cinco classes (quadro 6). Os itens foram pontuados de 1, para a resposta nunca, a 5 para a resposta sempre. Alguns itens têm a cotação invertida. Pontuações mais elevadas correspondem a um maior nível de satisfação profissional.

Quadro 6 – Grelha de contagem de score

Nunca	1
Raramente	2
Sem opinião	3
Muitas vezes	4
Sempre	5

Características psicométricas da escala do grau de satisfação profissional dos enfermeiros (EGSPE)

Fidelidade do instrumento

O estudo dos itens e da fidelidade foi realizado de acordo com os seguintes critérios:

- a) Determinação do coeficiente de correlação entre as diversas questões e a nota global. Esta indica-nos se cada parte se subordina ao todo, isto é, se cada item se define como um bom operante do constructo geral que pretende medir (Vaz-Serra, 1994);
- b) Determinação do coeficiente de Spearman–Brown e Split-Half (uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade);
- c) Determinação do coeficiente Alfa de Cronbach tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após serem excluídos, um a um, os vários itens. A determinação do coeficiente Alfa de Cronbach de todos os itens é uma medida da consistência interna global, tanto melhor quanto mais elevada a nota obtida.

O quadro 7 mostra que as correlações obtidas são todas positivas e significativas, sendo que todos os valores estão acima do 0,20 (oscilando entre 0,2458 no item 6 e 0,6245 no item 30) respeitando portanto a condição recomendada pelos critérios definidos por diversos autores (Pais Ribeiro, 1999).

Quanto ao coeficiente α de Cronbach, verifica-se que em 100% dos itens este valor desce quando ele é excluído, o que significa que melhoram a homogeneidade da escala quando estão presentes. Por outro lado, não há nenhum que aumente o α de Cronbach depois de retirado e nenhum dos valores é inferior a 0,60.

Para Pais Ribeiro (1999) uma boa consistência interna deve exceder um α de Cronbach de 0,60 o que neste instrumento se verifica (0,8800)

Quadro 7 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EGSPE*

	ITENS	\bar{X}	DP	r sem o item	α de Cronbach sem o item
1	Tenho apoio por parte dos meus superiores hierárquicos	3,3731	1,0597	0,4650	0,8752
2	Detenho poder ou autoridade no desempenho das minhas funções, a nível da instituição	2,8507	1,0934	0,3089	0,8794
3	Sinto-me auto realizado profissionalmente no lugar que ocupo	3,7910	0,7859	0,3420	0,8779
4	Existe oportunidade de entreaajuda, de colaboração e de cooperação com os outros profissionais	3,6567	0,7862	0,4352	0,8761
5	Tenho oportunidade de participar nas tomadas de decisão do serviço	2,6716	1,0317	0,5631	0,8726
6	No meu serviço existem recursos materiais suficientes	3,8209	0,8212	0,2458	0,8798
7	A minha opinião é valorizada pelo en ^f -chefe	3,6119	0,8488	0,4937	0,8747
8	Existe oportunidade de crescer e desenvolver nas actividades que realizo	3,7239	0,8262	0,6010	0,8726
9	As minhas preocupações relativamente aos doentes, são aceites pelo médico	3,6940	0,7680	0,3262	0,8782
10	Existe oportunidade de participar na organização do trabalho	3,6045	0,8586	0,4224	0,8762
11	Tenho percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a quantidade de trabalho executado	2,0522	1,0136	0,3775	0,8773
12	A minha percepção da qualidade dos cuidados prestados é satisfatória	3,8731	0,7796	0,3322	0,8780
13	Posso contar com o apoio humano por parte das chefias	3,6940	0,8338	0,4233	0,8762
14	Existe oportunidade de realizar formação contínua no serviço	3,3955	1,0261	0,4603	0,8753
15	Tenho reconhecimento pelo trabalho que desenvolvo na instituição	2,9328	0,9193	0,4774	0,8749
16	Existe a possibilidade efectiva de participar na gestão do meu serviço	2,7761	1,0307	0,5619	0,8727
17	Tenho a percepção de que estou relativamente bem pago, por comparação com as demais categorias profissionais	2,0000	0,9339	0,3435	0,8780
18	No hospital os recursos humanos são bem geridos	2,5672	0,8357	0,3289	0,8782
19	Posso contar sempre com en ^f -chefe	3,8657	0,8477	0,4907	0,8748
20	Existe formação disponível no serviço	3,4030	1,0121	0,4977	0,8743
21	Tenho autonomia nas minhas funções	3,7313	0,7674	0,3650	0,8774
22	Os médicos valorizam o trabalho dos enfermeiros	2,9776	0,9692	0,3612	0,8777
23	Pedem sempre a minha opinião para assuntos de gestão/organização do serviço	2,4478	0,9700	0,4571	0,8754
24	A percepção de que a remuneração que me pagam pelo meu trabalho é compatível com padrão de vida que aspiro	2,1343	0,8739	0,2890	0,8791
25	Os enfermeiros são encorajados a aprender novas coisas	3,5000	0,9636	0,4586	0,8753
26	O equipamento está geralmente bem adaptado	3,6119	0,7843	0,2971	0,8787
27	Os supervisores encontram-se regularmente com os enfermeiros para discutirem os seus futuros objectivos de trabalho	2,0075	0,9459	0,3077	0,8788
28	As salas são bem ventiladas	2,5000	1,0951	0,3230	0,8790
29	Estou satisfeito com a minha situação actual no serviço	3,4328	0,8796	0,5073	0,8744
30	Estou satisfeito com o meu nível presente de envolvimento na tomada de decisão no trabalho	3,1567	0,8999	0,6245	0,8716

Total de α de Cronbach = 0,8800

*apesar de inicialmente de termos uns itens invertidos, estes foram eliminados durante a avaliação das características psicométricas

Para além da determinação do α de Cronbach foram igualmente determinados os coeficiente de Spearman-Brown e Split-Half tal como se apresentam no quadro

seguinte. De referir que nenhum destes dois últimos coeficientes apresenta valores inferiores a 0,60.

Quadro 8 - Consistência interna da EGSPE (valores globais)

α de Cronbach	0,8800
Coefficiente de Spearman – Brown	0,8430
Coefficiente de Split – Half	0,8415

Validade do instrumento

A validade de teste refere-se “ao que o texto mede e quão bem o faz ” (Pais Ribeiro, 1999: 113). Esta, segundo o mesmo autor, pode agrupar-se em validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério (preditiva e concorrente). De seguida iremos apresentar a validade de constructo. Para o estudo da validade do instrumento e, mais especificamente, da sua estrutura interna realizámos procedimentos de análise factorial em componentes principais. No sentido de se maximizar a saturação dos itens procedemos à rotação ortogonal pelo método de varimax

Após sucessivas análises e de acordo com critérios estatísticos e de interpretabilidade, optou-se por uma estrutura factorial de componentes principais, segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superior a 1).

O quadro seguinte resume os resultados da análise factorial. Esta análise revela que os trinta itens resultantes da análise da consistência interna se organizam em oito factores que explicam 64,041% da variância total. No referido quadro 9 podemos verificar igualmente que foi rejeitada a hipóteses da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade ($\chi^2 = 1556,035$; $p < 0,000$) e que a medida de Keiser – Meyer – Olkin ($KMO = 0,774$) se aproxima da unidade, garantindo que a adequação do modelo factorial a esta matriz de correlação é elevada.

☒ Ao **factor 1** está associada 10,287% da variância total, sendo saturado sobretudo por itens relacionados com o **apoio do supervisor**:

1 - “Tenho apoio por parte dos meus superiores hierárquicos”

7 - “A minha opinião é valorizada pelo en^{fo}-chefe”

13 - “Posso contar com o apoio humano por parte das chefias”

19 - “Posso contar sempre com en^{fo}-chefe”

- Ao **factor 2** está associada 10,094% da variância total, sendo saturado sobretudo por itens relacionados como o **envolvimento na gestão e organização do serviço**:

5 - “Tenho oportunidade de participar nas tomadas de decisão do serviço”

10 - “Existe oportunidade de participar na organização do trabalho”

15 - “Tenho reconhecimento pelo trabalho que desenvolvo na instituição”

16 - “Existe a possibilidade efectiva de participar na gestão do meu serviço”

23 - “Pedem sempre a minha opinião para assuntos de gestão/organização do serviço”

27 - “Os supervisores encontram-se regularmente com os enfermeiros para discutirem os seus futuros objectivos de trabalho”

30 - “Estou satisfeito com o meu nível presente de envolvimento na tomada de decisão no trabalho”

- Ao **factor 3** está associada 8,217% da variância total, sendo saturado sobretudo por itens relacionados com a **autonomia e reconhecimento profissional**:

9 - “As minhas preocupações relativamente aos doentes, são aceites pelo médico”

12 - “A minha percepção da qualidade dos cuidados prestados é satisfatória”

21 - “Tenho autonomia nas minhas funções”

22 - “Os médicos valorizam o trabalho dos enfermeiros”

- Ao **factor 4** está associada 7,763% da variância total, sendo saturado sobretudo por itens relacionados com a **remuneração**:

11 - “Tenho percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a quantidade de trabalho executo”

17 - “Tenho a percepção de que estou relativamente bem pago, por comparação com as demais categorias profissionais”

24 - “A percepção de que a remuneração que me pagam pelo meu trabalho é compatível com padrão de vida que aspiro”

- Ao **factor 5** está associada 7,511% da variância total, sendo saturado sobretudo por itens relacionados as **Condições de trabalho**:

6 - “No meu serviço existem recursos materiais suficientes”

- 18 - “No hospital os recursos humanos são bem geridos”
- 25 - “Os enfermeiros são encorajados a aprender novas coisas”
- 26 - “O equipamento está geralmente bem adaptado”
- 28 - “As salas são bem ventiladas ”

■ Ao **factor 6** está associada 7,035% da variância total, sendo saturado sobretudo por itens relacionados a **Colaboração e ambiente de trabalho**:

- 4 - “Existe oportunidade de entreajuda, de colaboração e de cooperação com os outros profissionais”
- 8 - “Existe oportunidade de crescer e desenvolver nas actividades que realizo”

■ Ao **factor 7** está associada 7,007% da variância total, sendo saturado sobretudo por itens relacionados com a **Formação contínua no serviço**:

- 14 - “Existe oportunidade de realizar formação contínua no serviço”
- 20 - “Existe formação disponível no serviço”

■ Ao **factor 8** está associada 6,127% da variância total, sendo saturado sobretudo por itens relacionados com a **Realização profissional**:

- 2 - “Detenho poder ou autoridade no desempenho das minhas funções, a nível da instituição”
- 3 - “Sinto-me realizado profissionalmente no lugar que ocupo”
- 29 - “Estou satisfeito com a minha situação actual no serviço”

Quadro 9 - Análise factorial da EGSPE pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (n= 134)

ITENS		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
30	Estou satisfeito com o meu nível presente de envolvimento na tomada de decisão no trabalho		0,412						
10	Existe oportunidade de participar na organização do trabalho		0,428						
16	Existe a possibilidade efectiva de participar na gestão do meu serviço		0,741						
23	Pedem sempre a minha opinião para assuntos de gestão/organização do serviço		0,732						
15	Tenho reconhecimento pelo trabalho que desenvolvo na instituição		0,592						
5	Tenho oportunidade de participar nas tomadas de decisão do serviço		0,708						
27	Os supervisores encontram-se regularmente com os enfermeiros para discutirem os seus futuros objectivos de trabalho		0,402						
7	A minha opinião é valorizada pelo en ^o -chefe	0,661							
1	Tenho apoio por parte dos meus superiores hierárquicos	0,739							
13	Posso contar com o apoio humano por parte das chefias	0,821							
19	Posso contar sempre com en ^o -chefe	0,828							
4	Existe oportunidade de entreaajuda, de colaboração e de cooperação com os outros profissionais						0,708		
8	Existe oportunidade de crescer e desenvolver nas actividades que realizo						0,567		
9	As minhas preocupações relativamente aos doentes, são aceites pelo médico			0,652					
12	A minha percepção da qualidade dos cuidados prestados é satisfatória			0,535					
21	Tenho autonomia nas minhas funções			0,558					
22	Os médicos valorizam o trabalho dos enfermeiros			0,780					
14	Existe oportunidade de realizar formação contínua no serviço							0,782	
20	Existe formação disponível no serviço							0,815	
29	Estou satisfeito com a minha situação actual no serviço								0,588
3	Sinto-me realizado profissionalmente no lugar que ocupo								0,506
2	Detenho poder ou autoridade no desempenho das minhas funções, a nível da instituição								0,687
24	A percepção de que a remuneração que me pagam pelo meu trabalho é compatível com padrão de vida que aspiro				0,693				
17	Tenho a percepção de que estou relativamente bem pago, por comparação com as demais categorias profissionais				0,864				
11	Tenho percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a quantidade de trabalho executado				0,814				
18	No hospital os recursos humanos são bem geridos					0,564			
6	No meu serviço existem recursos materiais suficientes					0,434			
25	Os enfermeiros são encorajados a aprender novas coisas					0,711			
26	O equipamento está geralmente bem adaptado					0,530			
28	As salas são bem ventiladas					0,725			
	% de Variância explicada por factor	10,287	10,094	8,217	7,763	7,511	7,035	7,007	6,127
	Total de variância explicada	64,041							

KMO = 0,774

$\chi^2 = 1556,035$; $p < 0,000$

3.3. Nível de conhecimentos acerca da colheita de órgãos e transplante

Foi constituída uma série de afirmações que pretendem avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre colheita de órgãos e transplante, que é composta por trinta e seis afirmações. Esta série de afirmações foi operacionalizada em respostas tipo Likert, a que correspondem três alternativas: verdadeira (V), Falsa (F) e Não sei (NS). Deste modo, numa primeira análise, em cada afirmação, o sujeito obtém a pontuação zero quando responde erradamente, pontuação um quando responde que “não sei” e, por último, pontuação dois se responder acertadamente. Esta primeira análise, tem como objectivo aferir a quantidade de enfermeiros que responde de forma acertada, errada ou que não sabe. Posteriormente, à resposta certa é atribuída a classificação de um valor e a uma resposta errada ou “não sei”, é atribuída a classificação de zero valores. Neste sentido, a pontuação máxima que se pode obter é de trinta e seis valores, sendo a pontuação mínima de zero valores.

Para avaliação do nível de conhecimento, através da análise da referida série de afirmações, procedemos à sua subdivisão para aferir qualitativamente o nível de conhecimento dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante e à lei vigente. Assim, uma pontuação igual ou inferior a dezoito valores corresponde a um nível de conhecimento Insuficiente e uma pontuação superior a dezoito valores corresponde a um nível de conhecimento Suficiente.

O quadro seguinte refere-se às respostas correctas aquando verdadeiras e falsas:

Quadro 10 – Respostas correctas do questionário acerca dos conhecimentos dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante

Respostas correctas	Questões
Verdadeiras	c2, c3, c4, c6, c8, c11, c12, c14, c18, c21, c23, c24, c25, c26, c27, c28, c29, c30, c31, c32, c33, c35
Falsas	c1, c5, c7, c9, c10, c13, c15, c16, c17, c19, c20, c22, c34, c36

3.4 Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante

Um dos problemas que se coloca à investigação psicossocial é de ordem metodológica e tem justamente a ver com a dificuldade de construção de instrumentos válidos e fiáveis para medir as atitudes.

Como em Portugal, o estudo das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante ainda se encontra incipiente, e por não termos encontrado instrumentos validados que nos permitissem medir a variável exposta, decidimos partir para a criação de um instrumento.

Almeida e Freire consideram que qualquer instrumento de avaliação se pode definir como “um conjunto de itens, questões ou situações mais ou menos organizado e cobrindo um certo domínio a avaliar” (Almeida e Freire; 1997: 114). Uma escala de atitudes é um instrumento de avaliação que mede até que ponto um indivíduo tem sentimentos favoráveis ou desfavoráveis para com uma pessoa ou situação. Em toda a atitude podemos considerar a sua direcção, isto é, o aspecto qualitativo da atitude e a sua intensidade quando aplicamos um critério quantitativo.

Seleção de itens:

A escolha das proposições significativas a incluir nesta escala, resultou num estudo minucioso baseado em cinco critérios:

- Revisão das descrições feitas na literatura sobre os temas já anteriormente referidos e selecção das questões que nos pareceram mais significativas
- Entrevistas realizadas a enfermeiros de instituições hospitalares e docentes de escolas superior de saúde especialistas na área da colheita e transplante
- Distribuição de dez questionários exploratórios a enfermeiros de um determinado hospital, que não faziam parte da amostra e que pertenceram à equipa de colheita de órgãos e transplante, aos quais foi garantido anonimato e confidencialidade. Neste questionário foi solicitado aos enfermeiros que relatassem os sentimentos, as acções e atitudes em relação a todo o processo de transplantação. Deste instrumento foram seleccionados vários itens incluídos na escala final.
- A nossa experiência profissional como enfermeiros numa equipa de colheita de órgãos.

- Inclusão de proposições nas três áreas da transplantação (manutenção do dador, colheita de órgãos e transplante), não só de forma positiva, como igualmente negativa, a fim de evitar fenómenos de aquiescência e de tendência de resposta.

Classificação dos itens ou pontuação atribuída

Após a selecção dos itens (40) construímos, com este conjunto de itens, uma escala de respostas tipo Likert e a cada item fizemos corresponder cinco classes (quadro 11):

Quadro 11 – Grelha de contagem de score

Não concordo	1
Concordo pouco	2
Nem discordo nem concordo	3
Concordo	4
Concordo plenamente	5

As respostas estão quantificadas de maneira a que quanto mais alta for a pontuação maior correspondência com atitudes mais assertivas. Um resultado elevado é revelador de atitudes positivas face à temática, mas um resultado baixo, traduz numa atitude negativa.

Características psicométricas da escala de atitudes dos enfermeiros perante a colheita de órgãos e transplante (EAFCOT)

Para que qualquer medição seja precisa é essencial que, primeiro, meça o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (validade) e segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições e com os mesmos respondentes, o resultado obtido seja idêntico (fidelidade).

Com o estudo da fidelidade e validade dos 40 itens iniciais ficaram apenas 14 itens distribuídos por 4 factores. As restantes 26 questões foram eliminadas pelos critérios que a seguir se apresentam.

Fidelidade

O estudo da fidelidade foi realizado através da determinação do coeficiente Alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens da dimensão como para o conjunto de cada dimensão após serem excluídos, um a um, os vários itens. A determinação do coeficiente Alfa de Cronbach de todos os itens é uma medida da consistência global, tanto melhor quanto mais elevada a nota obtida. Segundo alguns autores, entre os quais Pais Ribeiro (1999) e Hill e Hill (2000) uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número muito baixo de itens (como já foi referido anteriormente). O quadro 12 mostra que os valores de α de Cronbach são bons (0,7614 a 0,7843 para os itens e 0,7857 para o total da escala) tendo presente os critérios dos autores supra citados. Verifica-se ainda que, na maioria dos casos (78,6%) o α desce quando os itens são excluídos o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da escala. De referir que os itens que apresentam α de Cronbach idêntico ao α de Cronbach total não foram excluídos porque quando o foram não melhorava a homogeneidade da escala.

Ao realizarmos a inspeção da correlação de cada item com o total da escala verifica-se que os valores oscilam entre 0,2715 e 0,4982. De salientar que na correlação do item com o total o valor encontrado se reporta à correlação do item com a soma dos restantes itens, ou seja ele próprio foi excluído da soma da escala. Todos os itens cumprem o critério (estas correlações devem ser superiores a 0,20) referido por vários autores, nomeadamente Rodrigues (2005).

Quadro 12 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EAEFCOT.

ITENS		\bar{X}	DP	r sem o item	α de Cronbach sem o item
1	O enfermeiro tem que saber gerir os seus sentimentos e apoiar os familiares do dador	4,2296	0,7912	0,2933	0,7811
2	Trabalhar em serviços de recolha de órgãos é compensador	2,9259	0,9434	0,3912	0,7738
3	Os enfermeiros devem ter um papel activo na informação da população sobre doação e transplante de órgãos	3,9037	0,9916	0,2724	0,7843
4	Os procedimentos efectuados para declarar a morte cerebral são os necessários	4,0519	0,8921	0,3685	0,7756
5*	O desfecho da colheita de órgãos revolta o enfermeiro	3,8519	1,0186	0,4982	0,7639
6*	Há perda de identidade do indivíduo na colheita	3,8593	1,1471	0,4754	0,7659
7*	A dignidade humana é muitas vezes esquecida durante a colheita de órgãos	3,5407	1,2202	0,3938	0,7753
8*	Fazer a colheita de órgãos é frustrante	3,6593	0,9862	0,5270	0,7614
9	A certificação da morte cerebral é clara e explícita	3,7111	0,9453	0,4262	0,7707
10	Não há dúvidas quando se certifica morte cerebral e possibilidade de ser dador	3,7852	0,9092	0,4478	0,7691
11	O enfermeiro é também responsável na promoção sensibilização e divulgação de medidas educativas no processo de doação de órgãos e do RENNDA	3,8667	0,7511	0,4199	0,7725
12	Lidar com transplantados é enriquecedor, pois significa que há sempre esperança	3,5630	0,9511	0,2715	0,7839
13	O transplante é gratificante	3,7333	0,9320	0,4580	0,7681
14	Quando o transplante não corre bem, os enfermeiros também sofrem	3,9407	0,8265	0,4008	0,7733
α de Cronbach total = 0,7857					

* itens com o sentido da resposta invertida

Validade

Validade de constructo

Variadíssimas formas existem para validar os constructos mas a que utilizámos neste trabalho foi o método estatístico conhecido como análise factorial. Este é essencialmente um método cujo objectivo principal é construir um pequeno número de variáveis denominadas factores, que transmitem a informação existente num grupo de itens da escala e que neste caso é de 14

Após sucessivas análises e de acordo com critérios estatísticos e de interpretabilidade, optou-se por uma estrutura factorial de componentes principais, segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superior a 1).

Para se obter uma estrutura factorial harmoniosa e fiável, utilizou-se, para a eliminação de itens os seguintes critérios:

- Saturação inferior ou igual a 0,3;
- Correlação simultânea com dois factores, sendo que a distancia entre ambos os valores não dista mais do que 0,1.

De acordo com estes critérios, os resultados dessa análise revelam que os 14 itens se organizam em quatro factores que explicam 63,907% da variância total. Podemos igualmente referir que foi rejeitada a hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade ($\chi^2 = 653,264$; $p < 0,000$) e que a medida de Keiser – Meyer – Olkin (KMO = 0,735) se aproxima da unidade, garantindo que a adequação do modelo a esta matriz de correlações é elevada.(quadro 13).

Quadro 13 - Análise factorial da EAEFCOT pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (n= 135)

	ITENS	F1	F2	F3	F4
1	O enfermeiro tem que saber gerir os seus sentimentos e apoiar os familiares do dador				0,693
11	O enfermeiro é também responsável na promoção sensibilização e divulgação de medidas educativas no processo de doação de órgãos e do RENNDA				0,633
3	Os enfermeiros devem ter um papel activo na informação da população sobre doação e transplante de órgãos				0,758
5	O desfecho da colheita de órgãos revolta o enfermeiro	0,787			
6	Há perda de identidade do indivíduo na colheita	0,860			
7	A dignidade humana é muitas vezes esquecida durante a colheita de órgãos	0,829			
8	Fazer a colheita de órgãos é frustrante	0,782			
9	A certificação da morte cerebral é clara e explícita			0,889	
4	Os procedimentos efectuados para declarar a morte cerebral são os necessários			0,637	
10	Não há dúvidas quando se certifica morte cerebral e possibilidade de ser dador			0,902	
2	Trabalhar em serviços de recolha de órgãos é compensador		0,565		
12	Lidar com transplantados é enriquecedor, pois significa que há sempre esperança ao fundo do túnel		0,871		
13	O transplante é gratificante		0,839		
14	Quando o transplante não corre bem, os enfermeiros também sofrem		0,605		
	Variância explicada por factor	20,133	16,085	15,673	12,016
Total de variância explicada - 63,907					
KMO = 0,735					
$\chi^2 = 653,264$; $p < 0,000$					

A designação atribuída a cada factor procurou reflectir o conteúdo conceptual global dos itens que o compõem.

Factor 1 – Atitudes perante a colheita – desmotivação e angustia

Os quatro itens que constituem este factor, e que a seguir se descrevem, explicam 20,133% da variância explicada.

5 - “O desfecho da colheita de órgãos revolta o enfermeiro”

6 - “Há perda de identidade do indivíduo na colheita”

7 - “A dignidade humana, é muitas vezes esquecida durante a colheita de órgãos”

8 - “Fazer a colheita de órgãos é frustrante”

Factor 2 – atitudes perante o transplante

Os quatro itens que constituem este factor, e que a seguir se discriminam, explicam 16,085% da variância explicada.

2 - “Trabalhar em serviços de recolha de órgãos é compensador”

12 - “Lidar com transplantados é enriquecedor, pois significa que há sempre esperança”

13 - “O transplante é gratificante”

14 - “Quando o transplante não corre bem, os enfermeiros também sofrem”

Factor 3 – atitudes perante a certificação de morte cerebral

Os três itens que constituem este factor, e que a seguir se discriminam, explicam 15,673% da variância explicada.

9 - “A certificação da morte cerebral é clara e explícita”

4 - “Os procedimentos efectuados para declarar a morte cerebral são os necessários”

10 - “Não há dúvidas quando se certifica morte cerebral e possibilidade de ser dador”

Factor 4 – atitudes de informação e apoio aos familiares

Os três itens que constituem este factor, e que a seguir se discriminam, explicam 12,016% da variância explicada.

1 - “O enfermeiro tem que saber gerir os seus sentimentos e apoiar os familiares do dador”

11 - “O enfermeiro é também responsável na promoção sensibilização e divulgação de medidas educativas no processo de doação de órgãos e do RENNDA”

17 - “Os enfermeiros devem ter um papel activo na informação da população sobre doação e transplante

Para a escala total, os valores oscilam entre 14 e 70, sendo a mediana correspondente a 42.

4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Antes de emprendermos a colheita de dados propriamente dita, encetámos algumas diligências para a realização do estudo nas instituições escolhidas.

O primeiro passo consistiu na obtenção de autorização para a realização do estudo através do competente pedido de autorização ao Conselho de Administração das Instituições [Anexo X], onde constavam o âmbito do estudo e os objectivos, anexando um exemplar do conjunto de instrumentos a aplicar [Anexo XI].

A aplicação dos instrumentos foi precedida de contactos informais com os enfermeiros chefes dos serviços onde foram expostas as motivações e objectivos do estudo, bem como, a necessidade da sua participação e colaboração na divulgação pelos colegas e na recolha dos questionários.

Por último, um procedimento imprescindível que passou pela sensibilização dos colegas enfermeiros no sentido de assegurar a sua participação e colaboração através do preenchimento dos instrumentos, assegurando total confidencialidade dos dados fornecidos.

Os valores e crenças individuais bem como a filosofia pessoal desempenham um papel importante nas tomadas de decisões morais ou éticas. Como tal este trabalho contém resultados referentes aos questionários preenchidos pelos indivíduos da amostra, onde os mesmos foram destruídos após a análise dos resultados. Assim será mantida a confidencialidade e anonimato dos questionários.

O questionário utilizado resultou do aperfeiçoamento de uma versão que foi ensaiada em três momentos distintos:

1º Momento

Construção dos itens para a escala de satisfação profissional e atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante seguindo os procedimentos relatados anteriormente.

2º Momento

Com o objectivo de testar a compreensão e a adequação dos itens, a clareza das instruções e da escala das respostas, sentimos a necessidade de realizar uma aplicação experimental do questionário elaborado (dos itens respeitantes à escala de satisfação e atitudes) utilizando o método da reflexão falada (*Thinking Aloud*".)

Assim, seleccionámos alguns elementos com características idênticas à população alvo e com elas realizamos reuniões individuais precedidas de uma breve explicação acerca da informação sobre em que consiste o método da reflexão falada, de

como o iríamos pôr em prática e de quais os objectivos que pretendíamos atingir. Como resultado destas reuniões foram redefinidos alguns itens.

3º Momento

Procedemos à aplicação do questionário total, a um grupo de enfermeiros. Pela análise dos resultados da aplicação destes questionários e não havendo necessidade de proceder a alterações, considerámos o instrumento de avaliação definitivo.

No mês de Março, foram solicitadas as autorizações junto aos Conselhos de Administração de cada hospital. As autorizações foram dadas em momentos diferentes, pelo que os questionários foram aplicados durante os meses de Maio, Junho, Julho e Agosto de 2006.

O tratamento estatístico é, sem dúvida em qualquer fase crucial em todos os trabalhos de pesquisa, na medida em que nos permite atribuir uma significação aos dados obtidos pela aplicação do questionário.

O tratamento dos dados obtidos foi realizado por computador, através dos programas *Microsoft Word XP*, *Microsoft Excel* e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* - versão 12.0 para *Windows*.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, coeficiente de variação) e inferencial (teste U de Mann Whitney, de Kruskal-Wallis e correlação de Spearman's).

A propósito do testes de Mann-Whitney e Kruskal – Wallis pretendemos fazer uma advertência. Estes métodos avaliam diferenças estatísticas através de *ranks* (ou postos) das variáveis estudadas. A medida de tendência central mais correcta para resumir o que se passa com cada um dos grupos é a mediana. Contudo, nos estudos que elaborámos, tendo havido muitos indivíduos com o mesmo *rank* achámos, mais expressivo, para se compreenderem as diferenças entre variáveis, a indicação das médias, embora não seja através destas que o procedimento estatístico actua. De qualquer forma, sempre que referimos a utilização destes testes, os valores de *p* indicados são os que o método extraiu.

Nas variáveis a estudar antes da utilização dos testes estatísticos, aplicamos o teste de Kolmogorov-Smirnov (como teste de normalidade da distribuição) para avaliar se as variáveis em estudo apresentavam ou não distribuição normal dos seus resultados. O teste revelou que nem todas as variáveis apresentavam distribuição normal, ou seja,

$p > 0,05$. Por esse facto, optamos por realizar, em todas as situações, testes não paramétricos.

Para o estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos estudados foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total e/ou escalas (excluindo o respectivo item) e o Alfa de Cronbach utilizado como medida de fidelidade interna dos instrumentos. A inclusão dos itens de cada um destes instrumentos em dimensões distintas teve em conta o resultado de análises factoriais em componentes principais com rotação ortogonal pelo método de varimax.

O teste e a análise de hipóteses pressupõem algumas etapas que Reis et al. (1996) enumeram da seguinte forma:

1 – Formular a hipótese nula e a hipótese alternativa: na nula é colocada a situação de igualdade e permite identificar claramente os valores da estatística que levam a rejeitar ou não a hipótese nula (H_0). No entanto, se H_0 for aceite, apenas podemos afirmar que provavelmente ela é verdadeira, aceitando a possibilidade de se ter cometido o erro tipo II (aceitar H_0 quando ela é falsa).

2 – Fixar o nível da significância do teste em que se define o risco de cometer um erro tipo I (rejeitar H_0 quando ela é verdadeira). Fixar esse risco em 5% significa que o valor para probabilidade de erro tipo I que se está a admitir é de 0,05. No nosso caso os valores de p indicados são os que o método extraiu aquando da utilização dos testes no programa SPSS. De qualquer forma, assinalamos que utilizamos como critério de rejeição em todas as provas estatísticas, os seguintes níveis de significância:

$p > 0,05$ – a diferença não é significativa;

$p \leq 0,05$ – a diferença é significativa;

$p \leq 0,01$ – a diferença é muito significativa.

3 – Determinar o teste estatístico adequado: em função da natureza da hipótese (se afirmam diferenças ou relações), do número e tipo de grupos e do nível de medida da variável dependente e independente.

CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Recolhida a informação, com recurso a um questionário, é necessário apresentar os dados obtidos e discuti-los. Para isso, recorreremos a representações tabelares, que nos parecem os mais ilustrativos e adequados a cada situação, para que a informação facultada se torne facilmente inteligível.

Em todas as representações tabelares irá omitir-se a fonte e a data de recolha de informação, atendendo a que se reportam aos dados obtidos através da aplicação do questionário aos enfermeiros das instituições da amostra.

1. CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DOS ACTORES DO ESTUDO

Iremos iniciar este capítulo apresentando e discutindo os dados que nos permitam obter a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra inquirida.

Género

Quanto ao **Género** dos enfermeiros, 111 (80,4%) são do género feminino (quadro 14), 27 (19,6%) são do género masculino Estes dados coincide com os apresentados pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2004) ao referir que a população dos enfermeiros Portugueses é maioritariamente feminina (81%). Os mesmos resultados foram encontrados no estudo de Carapinheiro e Lopes (1997), que concluíram que a profissão é exercida esmagadoramente por profissionais do género feminino.

Quadro 14 - Distribuição da amostra segundo o género

Género	Nº	%
Feminino	111	80,4
Masculino	27	19,6
Total	138	100,0

Idade

A média de **idade** da população inquirida (quadro 15) é de 33,9 anos para um desvio padrão de 7,0. São enfermeiros com idades compreendidas entre 22 e 53 anos

Pelo valor do coeficiente de variação pode ainda afirmar-se que existe uma ligeira variabilidade de idades em relação à média. Tendo presente estes dados pode salientarse que em média os enfermeiros são jovens, o que vai de encontro ao referido por Carapinheiro e Lopes (1997), ao concluir no resultado do seu estudo que nos hospitais a população é maioritariamente jovem, sendo que 84% têm menos de 41 anos.

Quadro 15 - Caracterização da amostra quanto à idade

Variável	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DP	CV
Idade	138	22	53	33,9	7,0	20,6

Estado civil

Relativamente ao estado civil (quadro 16) a maioria dos enfermeiros inquiridos são casados 78 (56,5%), seguidos dos solteiros 52 (37,7%), depois os divorciados 7 (5,1%) e os viúvos 1 (0,7%). Estes dados vão ao encontro de outros estudos, como o de Munson (2002), onde 60% dos inquiridos são casados.

Quadro 16 - Distribuição da amostra segundo o estado civil

Estado civil	Nº	%
Casado/união de facto	78	56,5
Solteiro	52	37,7
Divorciado/separado	7	5,1
Viúvo	1	0,7
Total	138	100,0

Grau Académico

Observa-se no quadro seguinte que 70,3% dos enfermeiros inquiridos são licenciados, seguidos de 25,4% que ainda têm o bacharelato. Dos mesmos enfermeiros 2,2% têm o curso geral e 2,2% são mestres.

Quadro 17 - Distribuição da amostra segundo o grau académico

Grau Académico	Nº	%
Curso Geral	3	2,2
Bacharelato	35	25,4
Licenciatura	97	70,3
Mestrado	3	2,2
Doutoramento	0	0,0
Total	138	100,0*

*discrepância estatística

Tempo de exercício profissional

Como se observa no quadro que se segue, verifica-se que a antiguidade mínima na profissão é de 1 ano e o máximo de 30 anos. A média é de 11,2 para um desvio padrão de 6,2. Pelo valor coeficiente de variação (55,4%) pode afirmar-se que há uma grande variabilidade em relação à média.

Quadro 18 - Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional

Variável	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DP	CV
Tempo de exercício profissional	138	1	30	11,2	6,2	55,4

Categoria profissional

65,2% dos enfermeiros inquiridos são enfermeiros graduados, enquanto 31,2% são enfermeiros, 2,9% são especialistas e 0,7% são enfermeiros-chefes (quadro 19). Se tivermos presente as categorias profissionais incluindo carreira profissional dos enfermeiros apenas não participaram enfermeiros supervisores. (DL 437/91).

Quadro 19 - Distribuição da amostra segundo a categoria profissional

Categoria profissional	Nº	%
Enfermeiro	43	31,2
E. Graduado	90	65,2
E. Especialista	4	2,9
E. Chefe	1	0,7
Total	138	100,0

Equipa de pertença

Relativamente à equipa de pertença, observa-se no quadro seguinte que 64,5% dos enfermeiros pertencem à equipa de manutenção do dador. Só 18,8% é que fazem parte da equipa de transplantes e 11,5% além dos transplantes fazem parte também das equipas de colheitas de órgãos e da manutenção do dador.

Quadro 20 - Distribuição da amostra segundo a equipa de pertença

Equipa de pertença	Nº	%
Colheita	5	3,6
Transplante	26	18,8
Manutenção do dador	89	64,5
Mais do que uma equipa	16	11,5
Não respondeu	2	1,4
Total	138	100,0*

*discrepância estatística

Tempo de exercício na equipa

De acordo com os dados obtidos (quadro 21), os enfermeiros trabalham nas respectivas equipas em média há 5,7 anos para um desvio padrão de 4,1. Pelo valor do coeficiente de variação (71,9%) pode referir-se que existe uma grande variabilidade em torno da média de tempo de serviço.

Com uma média de tempo de exercício profissional de cerca de 5 anos poderemos referir que a experiência destes profissionais nesta temática é boa.

Concordamos com Garrido (2004) ao referir que a experiência ligada ao tempo de exercício profissional, não significa saber, é necessário que essa experiência seja interiorizada, valorizada e que possa ser explicada, transformando-se, então, em saber, que crescerá na proporção directa da importância que se der à reflexão sobre a acção.

Quadro 21 - Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional na equipa

Variável	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DP	CV
Tempo na equipa	132	1	16	5,7	4,1	71,9

Forma como entrou para a equipa

Relativamente à forma como entrou para a equipa, 69,6% dos enfermeiros inquiridos são distribuídos conforme a necessidade do serviço, enquanto 22,5%, foram convidados para entrarem na equipa (quadro 22). Se tivermos presente que quem foi convidado a integrar a equipa teve oportunidade de optar, apenas 22,5% dos enfermeiros teve a oportunidade de escolher o que não corresponde à opinião de Vala e al (1994). Para estes autores deve dar-se a oportunidade ao enfermeiro de escolha do serviço, de forma a que possa haver compatibilidade entre o seu projecto profissional e um ambiente de trabalho da sua preferência.

Quadro 22 - Distribuição da amostra quanto à forma como entrou para a equipa

Variável		Nº	%
Forma como entrou para a equipa	Convite	31	22,5
	Distribuição do serviço	96	69,6
	Não se aplica	10	7,2
	Não respondeu	1	0,7
	Total	138	100,0*

* discrepância estatística

Existência de Integração na equipa

Quanto à **existência de integração** na área de transplantação, observa-se que 62,3% dos enfermeiros foram integrados ao contrário de 35,5% dos enfermeiros (quadro 23). Para Vala et al (1994) é fundamental o ajustamento do trabalhador à estrutura organizacional para o bom funcionamento da instituição e para que o enfermeiro esteja satisfeito profissionalmente. Para tal é extremamente importante a forma de integração

do indivíduo na unidade. Uma deficiente integração, leva não só à instabilidade e consequente transferência de serviço, mas também a uma diminuição do nível de qualidade dos cuidados prestados.

Quadro 23 - Distribuição da amostra segundo a existência de integração na área de transplantação

Existência de integração	Nº	%
Sim	86	62,3
Não	49	35,5
Não responderam	3	2,2
Total	138	100,0*

*discrepância estatística

Em relação ao **tempo de integração na equipa**, de acordo com os dados obtidos (quadro 24), os enfermeiros em média foram integrados durante 7,8 semanas para um desvio padrão de 6,9. Pelo valor do coeficiente de variação (88,5%), pode ainda referir-se que há uma grande dispersão dos dados em torno da média. De referir que houve enfermeiros que apenas tiveram como tempo de integração uma semana.

Quadro 24 - Caracterização da amostra quanto ao tempo de integração na equipa

Variável	N	Mínimo	Máximo	\bar{X}	DP	CV
Tempo de integração na equipa	78	1	32	7,8	6,9	88,5

Formação específica na área e necessidade de formação

Pela análise das respostas apresentadas no quadro 25 constata-se que apenas 33, ou seja, 25,4% de inquiridos realizaram formação específica na área e destes 5,4% tem necessidade de mais formação. Por outro lado, 97 (74,6%) não realizaram qualquer formação, no entanto destes apenas 56 (43,1%) referiram necessitar de formação.

Segundo Garrido (2004), a formação dos enfermeiros ao ser um processo sistemático permite desenvolver os seus conhecimentos, competências permitindo-lhes intervir profissionalmente. Esta formação deve decorrer de forma articulada entre a formação formal e informal, devendo a instituição investir e proporcionar esta

formação. De referir igualmente que os próprios profissionais devem determinar as suas necessidades de formação. No entanto, na opinião de Canário (1994) as instituições devem criar condições necessárias para que os enfermeiros transformem as experiências em aprendizagens. O debate clínico interdisciplinar e as passagens de turno referido por Garrido (2004), representam em nosso entender, formas de formação informal, importantes na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos na área em estudo.

Quadro 25 - Distribuição da amostra consoante a formação específica na área e necessidade de formação

Formação específica Na área	Necessidade de formação					
	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	7	5,4	26	20,0	33	25,4
Não	56	43,1	41	31,5	97	74,6
Total	63	48,5	67	51,5	130	100,0

Aspectos em que necessitam de formação

Das respostas dos 63 enfermeiros que referiram sentir necessidade de formação emanaram 8 aspectos fundamentais e que totalizaram 48 respostas (quadro 26).

29,2% das respostas centram-se em aspectos relacionados com a manutenção e critérios do dador, seguido-se (20,8%) os aspectos relacionados com a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca da colheita de órgãos e transplante.

Alguns dos aspectos referidos pelos inquiridos vão de encontro ao referido por (Pinto, 2001) ao salientar que a equipa que presta apoio e assistência deverá ter preparação científica e formação ética. Também Coimbra et. al.(1995) salientam a importância de comunicação e apoio aos familiares dos dadores, o que vai de encontro ao referido por 10,4% da amostra.

Quadro 26 - Distribuição das respostas referentes aos aspectos em que os enfermeiros necessitam de formação

Aspectos em que os enfermeiros necessitam de formação	Nº	%
Actualizar/Aprofundar conhecimentos acerca manutenção e critérios do dador	14	29,2
Actualizar/Aprofundar conhecimentos acerca colheita/transplante	10	20,8
Relacionados com o conteúdo funcional do serviço onde exercem funções e não com a área em estudo (hemodialise, reanimação, imunologia e traumatologia)	7	14,6
Actualizar/Aprofundar conhecimentos sobre aspectos ético-legais	6	12,5
Actualizar/Aprofundar conhecimentos acerca preparação/comunicação da morte e apoio aos familiares	5	10,4
Actualizar/Aprofundar conhecimentos acerca cuidados de enfermagem nesta área	4	8,3
Actualizar/Aprofundar conhecimentos acerca morte cerebral	2	4,2
Total	48	100,0*

* acerto estatístico

Necessidade de apoio e tipo de apoio

91 dos enfermeiros (65,9%) referiram necessitar de apoio, 44 (31,9%) afirmaram não necessitar e 3 (2,2%) dos enfermeiros optaram por não responder (quadro 27).

Quadro 27 - Distribuição da amostra consoante a necessidade de apoio

Necessidade de apoio	Nº	%
Sim	91	65,9
Não	44	31,9
Não responderam	3	2,2
Total	138	100,0*

*discrepância estatística

Das respostas de 91 enfermeiros que referiram sentir necessidade de apoio emanaram 8 aspectos fundamentais que totalizaram 77 respostas (quadro 28).

Destes, a maioria dos enfermeiros (90,9%), refere que necessitam de apoio psicológico/ emocional e de formação.

Estes resultados vão de encontro ao referido por Kilbert e Kilbert (1992), ao salientar a importância do apoio psicológico aos enfermeiros no sentido de melhorar a sua estabilidade emocional.

Também Coimbra et al (1995) salientam que as actividades realizadas pelos profissionais de enfermagem detectam da parte do utente, fortes emoções e sentimentos como insegurança, angústia, pena, medo ou reacções impulsivas, pelo que necessitam de apoio e de estratégias para lidar com os seus próprios conflitos internos.

Quadro 28 - Distribuição das respostas referentes ao tipo de apoio necessário referido pelos enfermeiros que necessitam de apoio

Tipo de apoio	Nº	%
Formação e apoio psicológico/emocional	70	90,9
Ético-legal	1	1,3
Monetário	1	1,3
Médico	1	1,3
Hemodiálise	1	1,3
Humanitário	1	1,3
Maior rácio de enfermeiros	1	1,3
Mais auxiliares na equipa	1	1,3
Total	77	100,0*

* acerto estatístico

Tipo de apoio existente na instituição

39,9% dos enfermeiros inquiridos referem que da instituição não têm nenhum apoio, no entanto 55,1% afirmaram ter o apoio de colegas (quadro 29). Ao ter presente os resultados inscritos no quadro anterior é de salientar a importância realçada das instituições em disponibilizarem o apoio psicológico aos enfermeiros.

Quadro 29 - Distribuição da amostra consoante o tipo de apoio existente na instituição

Tipo de apoio existente na instituição	Nº	%
Nenhum	55	39,9
Psicológico	4	2,9
Apoio de colegas	76	55,1
Outro	0	0,0
Não respondeu	3	2,2
Total	138	100,0*

*Discrepância estatística

Não dador

Quando questionados com o facto de **ser não dador**, 92% dos enfermeiros inquiridos referiram que não são não dadores (quadro 30) e só 8% é que são não dadores. Destes só 1,5% é que estão inscritos no RENNDA.

Tendo por base a lei 12/93 de 22/4 em que para ser não dador tem de estar inscrito no RENNDA, é de salientar que 6,5% dos profissionais de saúde inquiridos, apesar de referirem serem não dadores não estão inscritos no RENNDA.

O facto de 92% dos enfermeiros serem dadores não vai ao encontro do referido por Regher et al. (2004), ao salientar nos seus estudos que os enfermeiros referem ter atitudes negativas face à doação. Os que concordam com a doação concordam mas com algumas restrições.

Quadro 30 - Distribuição da amostra consoante o ser não dador e estar inscrito no RENNDA

Não dador	Inscrito no RENNDA	Nº	%
Sim	Sim	2	1,5
	Não	9	6,5
Não		127	92,0
Total		138	100,0

Existência de familiar dador e existência de familiar transplantado

2 dos familiares (1,4%) dos inquiridos dadores, doaram o rim. 3 (2,2%) dos 138 enfermeiros que participaram neste estudo têm familiares transplantado hepáticos.

Quadro 31 - Distribuição da amostra segundo a existência de familiar dador e transplantado

Variável		Nº	%
Existência de familiar dador	Sim (rim)	2	1,4
	Não	136	98,6
	Total	138	100,0
Existência de familiar transplantado	Sim (fígado)	3	2,2
	Não	135	97,8
	Total	138	100,0

2. GRAU DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A satisfação profissional dos enfermeiros no âmbito da transplantação, tal como já foi mencionado anteriormente, foi estudada no âmbito das atitudes no trabalho como um sistema de organização de experiências, vivências e conhecimentos, relacionados com determinado objecto alvo.

Ao analisarmos os valores apresentados no quadro 32, poderemos verificar que os valores do **grau de satisfação** oscilam entre 63 e 130, para uma média de 94,8, com desvio padrão de 12,9 e com coeficiente de variação de 13,6%. Tendo presentes os valores de referência apresentados no capítulo da metodologia poderemos referir que os enfermeiros em média apresentam um valor de satisfação ligeiramente superior à mediana.

Quadro 32 - Caracterização da amostra quanto ao grau de satisfação profissional

Factores	N	\bar{X}	Mediana obtida	Mediana da escala	DP	CV	Mínimo	Máximo
Grau de satisfação profissional	134	94,8	95	90	12,9	13,6	63	130
F1-Apoio do supervisor/chefe	138	14,5	15	12	2,9	20,0	6	20
F2-Envolvimento na gestão e organização do serviço	137	19,6	19	21	4,5	22,9	8	30
F3-Autonomia e reconhecimento profissional	136	14,3	14	12	2,3	16,1	8	20
F4-Remuneração	138	6,1	6	9	2,3	37,7	3	13
F5-Condições de trabalho	138	16,0	16	15	2,9	18,1	8	23
F6-Ambiente de trabalho	138	7,4	8	6	1,4	18,9	4	10
F7-Formação continua no serviço	138	6,8	7,5	6	1,8	26,4	2	10
F8-Realização profissional	137	10,1	10	9	2,0	19,8	4	15

Pode igualmente verificar-se que apesar dos enfermeiros apresentarem em media valores de satisfação superiores à mediana da escala, estes não estão satisfeitos com o envolvimento com a gestão e com a organização do serviço e remuneração.

Silva (2004), refere que a participação na tomada de decisão tem uma associação positiva com a satisfação bem como a remuneração, o que vai de encontro aos resultados deste estudo. De salientar por outro lado que os enfermeiros referem satisfação quanto a autonomia e reconhecimento profissional, factor que concorre para satisfação global. Já Andrade (1997) refere que para um alto nível de autonomia, maior é a probabilidade de ter satisfação no trabalho, o que vai de encontro aos nossos resultados.

Um outro aspecto importante na satisfação é a relação com os superiores hierárquicos (Almeida, Corge e Marta, 2004). Se tivermos presente os nossos resultados, constatamos que em media os enfermeiros estão satisfeitos com apoio dado pelo enfermeiro supervisor/chefe.



3. NÍVEL DE CONHECIMENTOS ACERCA DA COLHEITA DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTE

Ao analisar o quadro seguinte, verifica-se que a média do nível de conhecimento dos enfermeiros nesta área é de 19,7 (correspondendo a 54,7% do valor total que é de 36), com um desvio padrão de 5,9. Pelo valor do coeficiente de variação (29,9%) poderá referir-se que há uma razoável dispersão dos dados em relação à média. Tendo presente o valor médio do nível de conhecimento de 19,7 e tendo presente que o valor da mediana da escala é 18 poderá afirmar-se que o nível de conhecimento é suficiente.

Quadro 33 - Caracterização da amostra quanto ao nível de conhecimento sobre transplante e doação de órgãos

Variável	N	\bar{X}	Mediana	DP	CV	Mínimo	Máximo
Nível de Conhecimento	137	19,7	20,0	5,9	29,9	0	31

Com o objectivo de detectarmos quais são os aspectos onde os enfermeiros apresentam maiores lacunas em termos de conhecimentos, optou-se igualmente por analisar item a item.

Segundo o quadro seguinte verificamos que existem alguns itens com respostas erradas com uma percentagem superior a 50%:

Quadro 34 - Distribuição das respostas certas e erradas dos inquiridos aos itens do conhecimento sobre transplante e doação de órgãos

Itens	Certo		Errado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.O DL que menciona as colheitas e transplantes é o DL 10/93 de 22/4	8	5,8	129	94,2	137	100,0
2.Posso doar todos os órgãos quando morrer	79	57,7	58	42,3	137	100,0
3.Existe um registo informático onde qualquer pessoa pode negar a doação de órgãos	109	79,6	28	20,4	137	100,0
4.Todos nós somos potenciais dadores pós morte	123	89,8	14	10,2	137	100,0
5.A família pode recusar a colheita de órgãos	85	62,0	52	38,0	137	100,0
6.Pode fazer – se colheita num RN	36	26,3	101	73,7	137	100,0
7.O marido pode doar órgãos à esposa enquanto dador vivo	57	41,6	80	58,4	137	100,0
8.Um irmão pode doar a outro irmão	110	80,3	27	19,7	137	100,0
9.Um menor de idade pode decidir a doação de órgãos para um irmão	100	73,0	37	27,0	137	100,0
10.Os pais podem decidir se o filho deficiente deve doar ou não os seus órgãos	31	22,6	106	77,4	137	100,0
11.Existe um seguro para o dador vivo	14	10,1	123	89,1	137	100,0
12.O registo do RENNDA é efectuado nos Centros de Saúde	64	46,7	73	53,3	137	100,0
13.Após a inscrição no RENNDA passa automaticamente a ser não dador	9	6,6	128	93,4	137	100,0
14.Antes de se efectuar a colheita é verificado a omissão do doente no RENNDA	105	76,6	32	23,4	137	100,0
15.Todos os órgãos que são extraídos numa cirurgia podem ser aproveitados para um transplante	85	61,6	52	37,7	137	100,0
16.Só é necessário certificação da falência cardíaca para que o indivíduo seja automaticamente um potencial dador	123	89,8	14	10,2	137	100,0
17.Não é necessário o consentimento informado do receptor	83	60,6	54	39,4	137	100,0
18.Se o indivíduo aceita ser dador vivo, pode mais tarde recusar formalmente	57	41,6	80	58,4	137	100,0
19.O receptor tem direito a saber quem é/foi o seu dador	110	80,3	27	19,7	137	100,0
20.Quando é necessário uma autópsia não é possível efectuar uma colheita	59	43,1	78	56,9	137	100,0
21.São necessários 2 médicos não ligados ao tratamento nem à equipa de transplantes para certificar a morte cerebral	108	78,8	29	21,2	137	100,0
22.Os antecedentes pessoais do dador não são importantes	118	86,1	19	13,9	137	100,0
23.Quando existe um potencial dador, são realizados os respectivos testes de compatibilidade e é dado o alerta nacional	124	90,5	13	9,5	137	100,0
24.O tribunal pode recusar um pedido de doação de dador vivo num menor, mesmo com autorização do poder paternal	64	46,7	73	53,3	137	100,0
25.É necessário ter 3º grau de parentesco entre o dador vivo e o receptor para se efectuar a doação	17	12,4	120	87,6	137	100,0
26.A colheita em dador vivo pode resultar numa integridade física e de saúde agravadas	63	46,0	74	54,0	137	100,0
27.Todos os não dadores têm cartão de identificação	63	46,0	74	54,0	137	100,0
28.O enfermeiro também colabora na tomada de decisão da colheita	14	10,2	123	89,8	137	100,0
29.Para manter o dador é necessário vigilância na UCI	118	86,1	19	13,9	137	100,0
30.A colheita é efectuada como intervenção cirúrgica normal	89	65,0	48	35,0	137	100,0
31.O enfermeiro deve registar todos os trâmites desde a certificação da morte até à colheita de órgãos	102	74,5	35	25,5	137	100,0
32.O enfermeiro é co-responsável pelo transplante	66	48,2	71	51,4	137	100,0
33.Doentes com hepatite podem ser transplantados	54	39,4	83	60,6	137	100,0
34.Doente transplantado nem sempre precisa de UCI	97	70,8	40	29,2	137	100,0
35.Para ser dador vivo é necessário ter mais de 18 anos	59	43,1	78	56,9	137	100,0
36.É unicamente da responsabilidade do enfermeiro a divulgação e promoção de medidas educativas em relação à doação de órgãos e ao RENNDA	101	73,7	36	26,3	137	100,0

No item 1, a grande maioria dos enfermeiros (94,2%), desconhece a correcta lei referente à lei dos transplantes, o que implica uma formação inadequada à área de transplantação.

No item 6, observa-se que 73,7% dos enfermeiros desconhece os critérios de selecção do dador cadáver, onde o RN faz parte dessa selecção, apesar de não ser usual a sua colheita pois os órgãos deste ainda são imaturos. (Collins, 2004).

Em relação ao item 7 e ao item 25, 58,4% e 87,6% enfermeiros respectivamente, desconhece que a doação de órgãos em dador vivo, implica que haja no máximo um grau de parentesco de 3º grau (cf. L12/93, art.6). Ainda não protocolado entre cônjuges, familiares de maior grau de parentesco ou entre outras pessoas sem laços familiares ao receptor (Rodrigues, 2001). Esta proposta ainda se encontra para promulgar na assembleia da república.

Os itens 10 e 24, referem-se ao poder paternal vs tribunal de menores, onde a integridade física e saúde no menor ou deficiente são protegidas (cf. CDOM, cap. II, art.52 e L12/93 de 22/4, art.6). Os pais têm o poder de decidir se seu filho poderá ser dador vivo, mas a ultima decisão é do tribunal (cf. CC art.1878). Cabe também ao tribunal e não aos pais decidir no caso do deficiente se é viável ou não, este ser dador. (L12/93, art.8). Assim, o facto de 77,4% e 53,3% enfermeiros respectivamente errarem nestes itens, advém do pouco conhecimento da legislação vigente. Na sequência destes itens vêm os itens 11, 26 e 35, onde 89,1%, 54% e 56,9% enfermeiros não responderam acertadamente. Para ser dador vivo (item 35) é necessário ter mais de 18 anos (cf. CC, art. 122 e 130). Para prevenir prováveis danos na integridade física (item 26), a lei 12/93 22/4, art. 9, prevê um seguro para dador vivo (item 11).

Em relação aos itens 12, 13 e 27, 53,3%, 93,4% e 54% dos enfermeiros têm pouco (ou nenhum) conhecimento acerca do DL244/94 de 26/9 referente ao Rennda, onde o cidadão ao efectuar o seu registo como não dador no centros de saúde (cf. o mesmo art.3, nº1), fica após quatro dias, informatizado no RENNDA (cf. art.3,nº4), e pós trinta dias recebe o seu cartão de identificação como não dador (cf. art. 14, nº1 e 2).

O item18, refere-se ao L12/93 de 22/4, art.8, nº6, onde o dador vivo pode recusar formalmente a doação. A este item 58,4% dos enfermeiros respondeu erradamente, o que corresponde a pouco conhecimento da legislação vigente.

Em relação ao item 20, acontece o mesmo, pois 56,9% dos enfermeiros desconhecem o art.14,nº2 do L 12/93 de 22/4.

O item 33, alude ao facto da existência no receptor do vírus de hepatite ser excepção para a selecção do mesmo (Samuel et al., 2003) e 60,6% dos enfermeiros o desconhecem.

Em relação aos itens 28 e 32, 89,8% e 51,4% dos enfermeiros, respectivamente, respondeu erradamente a estes itens. O facto de não ser da competência do enfermeiro a decisão final da colheita ou do transplante, não empobrece o facto de este também colaborar na tomada de decisão e ser co-responsável de todo o processo de transplantação. (Dalri et. al., 1999).

Em síntese podemos afirmar que os enfermeiros precisam de uma melhor formação ético-legal.

4. ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À COLHEITA DE ÓRGÃOS E AO TRANSPLANTE

Ao analisar o quadro seguinte, verifica-se que o valor médio das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante é de 52,6 para um desvio padrão de 6,9. De referir que pelo valor do coeficiente de variação (13,1%) pode ainda salientar-se que não existe grande dispersão dos valores das atitudes em relação à média. Tendo por base a mediana 42 (numa escala que oscila entre 14 e 70) da escala pode referir-se que o valor médio se afasta ligeiramente da mediana correspondendo a 62,6% do valor total.

Pode-se também afirmar que para todos os factores o valor médio é superior à mediana em escala, como tal os enfermeiros têm atitudes assertivas face à colheita de órgãos e ao transplante.

Na opinião de Sque, Payne e Vlachonikolis (2000), os enfermeiros são os primeiros a tomar iniciativa para falar com os familiares do potencial dador, sendo o profissional mais apto (Kim, Elliot e Hyde, 2003) para responder bem como apoiar emocionalmente a família do dador. Sendo por isso importante desenvolver atitudes assertivas.

Quadro 35 - Caracterização da amostra quanto às atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante

Factores/Atitudes	N	\bar{X}	Mediana obtida	Mediana da escala	DP	CV	Mínimo	Máximo
Total das atitudes	135	52,6	52,0	42,0	6,9	13,1	30,0	70,0
F1 - A. perante a colheita de órgãos	136	14,9	15,0	12,0	3,6	24,2	7,0	20,0
F2 - A. perante o transplante	135	14,2	14,0	12	2,7	19,1	4,0	20,0
F3 - A. perante a certificação de morte cerebral	136	11,9	12,0	9	1,9	15,9	4,0	15,0
F4 - A. de informação e apoio aos familiares	136	11,5	12,0	9	2,3	19,1	3,0	15,0

5. HIPÓTESES DO ESTUDO: TESTAGEM E ANALISE

A formulação de hipóteses permitiu-nos interrelacionar as variáveis que entendemos serem importantes para determinar alguns preditivos das atitudes face à colheita de órgãos e transplante. Para que tal fosse possível foi necessário proceder a provas empíricas ou técnicas de inferência estatística cujos resultados passamos a apresentar.

H1 – Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante o género.

Ao analisarmos os resultados apresentados quadro 36, verificamos que os enfermeiros do género feminino apresentam em média valores de atitudes face à colheita de órgãos e transplante mais elevados não só para o total mas também para os factores (com excepção do factor 3) do que os enfermeiros do género masculino. Os enfermeiros do género feminino apresentam um valor médio de 52,7, contra uma média de 52,0 nos enfermeiros do género masculino, valores acima do valor da mediana da escala (42).

Ao aplicarmos o teste U de Mann Witney constatamos que as diferenças encontradas não têm significado estatístico ($p > 0,05$), ou seja, o género dos enfermeiros não é factor preditivo de atitudes face à colheita de órgãos e transplante mais assertivas.

Os nossos dados não são corroborados pelo referido por Bilgel et. al (2003). Estes salientam que as atitudes dependem do género.

Quadro 36 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney, ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante o género (n=138)

Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante	Género	\bar{X}	Mediana	U	Z	P
Total das atitudes	Masc.	52,0	51,5	1299,500	-0,657	0,511
	Fem.	52,7	52,0			
F1 - A. perante a colheita de órgãos	Masc	14,5	14,5	1299,500	-0,726	0,468
	Fem	15,0	15,0			
F2 - A. perante o transplante	Masc	13,9	14,0	1289,500	-0,718	0,473
	Fem	14,2	15,0			
F3 - A. perante a certificação de morte cerebral	Masc	11,8	12,0	1351,000	-0,446	0,656
	Fem	11,5	12,0			
F4 - A. de informação e apoio aos familiares	Masc	11,8	12,0	1234,000	-1,111	0,267
	Fem	11,9	12,0			

H2 – Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a equipa a que pertencem.

Em virtude de alguns grupos o n ser inferior a 5, na comparação utilizamos apenas quatro grupos (equipa de colheita, equipa de manutenção, equipa de transplante e mais do que uma equipa) O último grupo engloba a junção de duas equipas (constituídas pela equipa de colheita e manutenção dador e equipa de colheita e transplante).

Ao compararmos as médias e medianas do total de atitudes do enfermeiro consoante a equipa a que pertence (quadro 37) verificamos que os enfermeiros que trabalham em mais do que uma equipa apresentam em média atitudes mais assertivas do que os que trabalham nas outras equipas tendo as diferenças significado estatístico ($X^2 = 20,803$; $p < 0,05$). Ou seja a hipótese nula é rejeitada e aceite a experimental. De salientar que os enfermeiros que trabalham em equipas que tem mais que uma actividade apresentam atitudes de informação e apoio aos familiares, atitudes perante a colheita e atitudes perante o transplante mais assertivas que os enfermeiros que trabalham nas restantes equipas sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Em relação às atitudes perante a morte cerebral, verifica-se que os enfermeiros que trabalham mais do que uma equipa também apresentam um valor médio mais elevado, contudo não existem diferenças significativas para este factor ($p > 0,05$).

Quadro 37 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a equipa a que pertencem (n=136)

Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante	Equipa a que pertencem	\bar{X}	Mediana	X^2	P
Total das atitudes	Colheita	55,8	55,0	20,803	0,000
	Transplante	50,3	49,0		
	Manutenção	51,9	52,0		
	Mais do que uma	59,6	60,5		
F1 - A. perante a colheita de órgãos	Colheita	15,0	14,0	17,515	0,001
	Transplante	14,1	13,5		
	Manutenção	14,5	14,0		
	Mais do que uma	18,4	19,5		
F2 - A. perante o transplante	Colheita	15,2	15,0	19,649	0,000
	Transplante	13,8	15,0		
	Manutenção	13,8	14,0		
	Mais do que uma	16,7	17,0		
F3 - A. perante a certificação de morte cerebral	Colheita	11,8	12,0	3,520	0,318
	Transplante	10,8	11,5		
	Manutenção	11,7	12,0		
	Mais do que uma	11,9	13,0		
F4 - A. de informação e apoio aos familiares	Colheita	13,8	14,0	10,710	0,013
	Transplante	11,5	12,0		
	Manutenção	11,9	12,0		
	Mais do que uma	12,6	13,0		

Os enfermeiros que trabalham em mais do que uma equipa podem não só colher o órgão como ter informação do destino do órgão e se o transplante teve sucesso, fazendo com que a angustia e desmotivação da equipa de saúde seja mais baixa (Coimbra et. al, 1995). Estes aspectos poderão ter contribuído para os nossos resultados. O facto das atitudes dos enfermeiros da manutenção e colheita serem mais baixas do que as equipas mistas são corroborados pelos estudos de Kim, Elliot, Hyde (2003). Segundo estes, durante a manutenção e colheita de órgãos existe com alguma frequência falta de dignidade, humanismo e privacidade com o corpo. Ainda segundo os mesmos autores em virtude da colheita ser rápida, deixam os enfermeiros física e emocionalmente esgotados o que pode ter contribuído para os resultados.

Por outro lado constatamos que é na equipa de transplantes que as médias de atitude são mais baixas. Segundo Kilbert e Kilbert (1992), estes resultados devem-se ao facto destes enfermeiros não terem *feedback* dos resultados de transplante e pelo não envolvimento directo de todo esse processo.

Ainda referenciando Kim, Elliot e Hyde (2003), os enfermeiros salientam a importância da informação sobre se o transplante teve sucesso e se o receptor se encontra bem de saúde com factores indispensáveis não só para aliviar a sua angustia mas também para a promoção de atitudes positivas.

H3 – Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a forma como entraram na equipa a que pertencem.

Para podermos avaliar se as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante perante o transplante e doação de órgãos é diferente consoante a forma como entraram na equipa a que pertencem aplicamos o teste de Kruskal Wallis cujos resultados se apresentam no quadro 38.

Perante estes resultados podemos referir que os enfermeiros que entraram na equipa a que pertencem por convite apresentam em média (53,8) atitudes perante a colheita de órgãos e transplante mais assertivas que os enfermeiros que entraram por distribuição (52,2) e não se aplica (52,5), no entanto essas diferenças não têm significado estatístico ($p > 0,05$). Ou seja a nossa hipótese de trabalho é rejeitada

Há que referir que apenas existem diferenças significativas no factor 2 (atitudes perante o transplante), onde os enfermeiros que entraram por convite têm atitudes mais assertivas ($\chi^2=13,664$, $p \leq 0,05$).

Para Chiavenato (2002), a satisfação da auto-estima conduz para sentimentos de confiança, de valor, de prestígio, de capacidade e utilidade que podem ter sido reforçada nos enfermeiros que foram convidados para equipa. Este facto poderá ter levado a que estes enfermeiros apresentem atitudes mais assertivas perante o transplante quando comparados com os enfermeiros que entraram por distribuição.

Quadro 38 - Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita e ao transplante consoante forma como entraram na equipa a que pertencem (n=137)

Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante	Forma como entraram na equipa	\bar{X}	Mediana	DF	χ^2	P
Total das atitudes	Convite	53,8	52,0	2	0,454	0,797
	Distribuição	52,2	52,0			
	Não se aplica	52,5	53,0			
F1 - A. perante a colheita de órgãos	Convite	15,2	16,0	2	0,203	0,903
	Distribuição	14,8	15,0			
	Não se aplica	15,0	15,0			
F2 - A. perante o transplante	Convite	15,3	15,0	2	13,664	0,001
	Distribuição	13,8	14,0			
	Não se aplica	12,8	12,0			
F3 - A. perante a certif. de morte cerebral	Convite	11,5	12,0	2	1,905	0,386
	Distribuição	11,4	12,0			
	Não se aplica	12,4	12,0			
F4 - A. de informação e apoio aos familiares	Convite	11,8	12,0	2	0,381	0,827
	Distribuição	12,0	12,0			
	Não se aplica	11,7	12,0			

H4 – Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante o consoante a formação específica que tiveram

Em relação à comparação das atitudes consoante a formação específica que tiveram constata-se pela análise do quadro 39, que os enfermeiros que referem ter formação específica apresentam, em média (53,7) atitudes mais assertivas do que os que referiram não terem formação (52,2), no entanto essas diferenças não têm significado estatístico ($p > 0,05$). No que diz respeito aos factores, e apesar de as diferenças encontradas nas pontuações não apresentarem significado estatístico verifica-se que os enfermeiros que têm formação nesta área apresentam atitudes perante a colheita, atitudes perante o transplante, atitudes perante a certificação de morte cerebral e atitudes de informação e apoio aos familiares mais assertivas do que os enfermeiros que referiram não terem formação.

Estes resultados não estão de acordo com os encontrados por Gaber et al. (1990), ao referir que a formação parece levar atitudes positivas no processo de transplantação. Apesar deste facto, somos da opinião de Collins (2004), que a estes profissionais deve ser efectuado um programa educacional, no sentido de colmatar as lacunas no nível de conhecimento já referenciadas.

Concordamos igualmente que os profissionais devem determinar as necessidades de formação contínua com base nos problemas e na organização das suas instituições. A formação deve investir nos projectos das instituições e não ser concebida à margem destes. Trabalhar e formar não podem ser actividades distintas, pois a formação pode e deve ser feita no quotidiano e constituir um processo permanente (Garrido, 2004). Em termos de formação, é necessário que os enfermeiros criem dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente de trabalho, condições necessárias para que as experiências se transformem em aprendizagens a partir de processos auto-formativos (Canário, 1994). Ou seja, a experiência desempenha um papel decisivo no percurso de formação de cada um, pelo que será benéfica e formativa a sua partilha. A troca de experiências e de conhecimentos entre os profissionais é fundamental, não só para a socialização dos mesmos, mas também para a sua aprendizagem.

Quadro 39 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney , ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a formação específica que tiveram (n=130)

Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante	Formação específica	\bar{X}	Mediana	U	Z	P																																				
Total das atitudes	Sim	53,7	52,0	1586,500	-0,638	0,524																																				
	Não	52,2	53,0				F1 - A. perante a colheita de órgãos	Sim	15,2	14,0	1600,500	-0,655	0,512	Não	14,8	15,5	F2 - A. perante o transplante	Sim	14,4	15,0	1538,500	-0,893	0,372	Não	14,1	14,0	F3 - A. perante a certif. de morte cerebral	Sim	11,8	12,0	1614,500	-0,591	0,555	Não	11,4	12,0	F4 - A. de informação e apoio aos familiares	Sim	12,2	12,0	1569,5000	-0,829
F1 - A. perante a colheita de órgãos	Sim	15,2	14,0	1600,500	-0,655	0,512																																				
	Não	14,8	15,5				F2 - A. perante o transplante	Sim	14,4	15,0	1538,500	-0,893	0,372	Não	14,1	14,0	F3 - A. perante a certif. de morte cerebral	Sim	11,8	12,0	1614,500	-0,591	0,555	Não	11,4	12,0	F4 - A. de informação e apoio aos familiares	Sim	12,2	12,0	1569,5000	-0,829	0,407	Não	11,8	12,0						
F2 - A. perante o transplante	Sim	14,4	15,0	1538,500	-0,893	0,372																																				
	Não	14,1	14,0				F3 - A. perante a certif. de morte cerebral	Sim	11,8	12,0	1614,500	-0,591	0,555	Não	11,4	12,0	F4 - A. de informação e apoio aos familiares	Sim	12,2	12,0	1569,5000	-0,829	0,407	Não	11,8	12,0																
F3 - A. perante a certif. de morte cerebral	Sim	11,8	12,0	1614,500	-0,591	0,555																																				
	Não	11,4	12,0				F4 - A. de informação e apoio aos familiares	Sim	12,2	12,0	1569,5000	-0,829	0,407	Não	11,8	12,0																										
F4 - A. de informação e apoio aos familiares	Sim	12,2	12,0	1569,5000	-0,829	0,407																																				
	Não	11,8	12,0																																							

H5 – Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a necessidade de apoio.

Relativamente à comparação das atitudes consoante a necessidade ou não de apoio constata-se pela análise do quadro 40, que os enfermeiros que referem necessitar de apoio apresentam, em média (52,4) atitudes menos assertivas do que os que referiram não precisar de apoio (53,2), no entanto essas diferenças não têm significado estatístico ($p > 0,05$). No que diz respeito aos factores, e apesar de as diferenças encontradas nas pontuações não apresentarem significado estatístico, verifica-se que os enfermeiros que necessitam de apoio apresentam atitudes perante a colheita e atitudes perante o transplante menos assertivas e atitudes perante a certificação de morte cerebral e atitudes de informação e apoio aos familiares mais assertivas do que os enfermeiros que referiram não necessitar de apoio.

Segundo Kilbert e Kilbert (1992), as atitudes negativas dos enfermeiros são influenciadas pela falta de apoio, nomeadamente de apoio psicológico e formação, aspectos referidos anteriormente pelos enfermeiros que referiram precisar de apoio.

Coimbra et al. (1995) referem igualmente que os profissionais de saúde necessitam de apoio e de estratégias para lidar com os seus próprios conflitos internos perante a transplantação.

Quadro 40 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney , ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a necessidade de apoio (n=135)

Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante	Necessidade apoio	\bar{X}	Mediana	U	Z	P
Total das atitudes	Sim Não	52,4 53,2	53,0 51,5	1878,500	-0,056	0,955
Atitudes perante a colheita	Sim Não	14,7 15,4	15,0 16,0	1740,000	-0,943	0,346
Atitudes perante o transplante	Sim Não	14,1 14,3	14,0 15,0	1798,000	-0,454	0,650
Atitudes perante a certificação de morte cerebral	Sim Não	11,6 11,4	12,0 12,0	1838,000	-0,475	0,635
Atitudes de informação e apoio aos familiares	Sim Não	11,9 11,8	12,0 12,0	1773,000	-0,797	0,425

H6 - Existem diferenças significativas entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a existência de integração quando iniciou funções nesta área.

Ao compararmos se as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante a quem foi efectuada integração quando iniciaram funções nesta área eram mais assertivas do que as atitudes dos enfermeiros a quem não realizaram integração constatamos (quadro 41) que apesar de existirem diferença de média essas não tem significado estatístico ($p > 0,05$) pelo que a hipótese nula é aceite. De referir que os enfermeiros que realizaram integração apresentam em média atitudes perante a colheita ($\bar{X} = 15,5$) e atitudes perante o transplante ($\bar{X} = 14,6$) mais assertivas do que os enfermeiros que não realizaram integração ($\bar{X} = 14$) e ($\bar{X} = 13,5$) respectivamente, tendo essas diferenças significado estatístico ($p < 0,05$).

A integração é um aspecto fundamental para que o enfermeiro se adapte às praticas organizacionais existentes (Valla et.al., 1994). É através dela que os integradores transmitem atitudes de atenção, compreensão e ajuda necessárias à satisfação profissional do enfermeiro integrado e a melhor qualidade de cuidados (Garrido, 2004).

A opinião destes autores é comprovada pelos nossos resultados, pois os enfermeiros a quem foi realizado integração apresentam atitudes mais assertivas do que os enfermeiros a quem não foi realizado a integração.

A eficiente integração e articulação entre a formação instituída e a formação experiencial constitui o futuro das práticas de formação (Garrido, 2004).

Quadro 41 - Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney , ao nível das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante consoante a existência de integração quando iniciou funções nesta área (n=138)

Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante	Existência de integração	\bar{X}	Mediana	U	Z	P
Total das atitudes	Sim	53,6	53,0	1635,500	-1,803	0,071
	Não	50,8	51,5			
Atitudes perante a colheita	Sim	15,5	16,0	1616,500	-2,071	0,038
	Não	14,0	13,0			
Atitudes perante o transplante	Sim	14,6	15,0	1562,000	-2,168	0,030
	Não	13,5	14,0			
Atitudes perante a certificação de morte cerebral	Sim	11,6	12,0	2057,000	-0,005	0,966
	Não	11,4	12,0			
Atitudes de informação e apoio aos familiares	Sim	12,0	12,0	1932,500	-0,599	0,549
	Não	11,7	12,0			

H7 – As atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante correlacionam – se positivamente com o nível de satisfação profissional

A análise dos resultados apresentados no quadro 42 revela que existe uma correlação moderada, positiva e muito significativa ($r_s = 0,317$; $p < 0,01$) entre o nível de satisfação profissional e as atitudes dos enfermeiros perante a colheita de órgãos e transplante. Pelo facto da correlação ser positiva poderemos ainda referir que quanto mais satisfeitos estão os enfermeiros profissionalmente, mais assertivas (positivas) são as suas atitudes perante a colheita de órgãos e transplante, ou seja a hipótese experimental é aceite rejeitando-se a nula.

De salientar igualmente que os enfermeiros mais satisfeitos com o apoio dos supervisores/chefes ($r_s = 0,257$); com o envolvimento na gestão e organização do serviço ($r_s = 0,239$), autonomia e reconhecimento profissional ($r_s = 0,191$) ambiente de trabalho ($r_s = 0,204$) e realização profissional ($r_s = 0,302$) apresentam as atitudes face à colheita de órgãos e transplante mais assertivas.

Neves (2002), refere que para que se verifique uma boa *performance* é essencial que estejam presentes as competências e a motivação nos profissionais. A organização pode motivar as pessoas através de modificação do ambiente de trabalho.

Estes dados são coincidentes com a opinião de Andrade (1997), ao referir que o indivíduo não satisfeito desenvolve atitudes negativas. Também Regehr et. al.(2004) salientam a importância dos factores organizacionais, nomeadamente a relação com a equipa como factor preditivo das atitudes, o que vai de encontro aos nossos resultados.

Quadro 42 - Matriz de Correlação de Spearman's entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante e a satisfação profissional

	Total de atitudes	Atitudes perante a colheita	Atitudes perante o transplante	Atitudes perante a certificação de morte cerebral	Atitudes de informação e apoio aos familiares
Grau de satisfação	0,317**	0,287**	0,221*	0,053	0,191*
Apoio do supervisor/chefe	0,257**	0,185*	0,059	0,173*	0,179*
Envolvimento na gestão e organização do serviço	0,239**	0,188*	0,128	0,089	0,198*
Autonomia e reconhecimento profissional	0,191*	0,249**	0,069	0,085	0,105
Remuneração	0,155	0,102	0,277**	-0,018	-0,022
Condições de trabalho	0,028	0,125	-0,036	-0,152	-0,031
Ambiente de trabalho	0,204*	0,127	0,261**	0,005	0,087
Formação continua no serviço	0,092	0,137	0,064	-0,063	0,110
Realização profissional	0,302**	0,203*	0,194*	0,145	0,257**

* significativo para $p < 0,05$; ** significativo para $p < 0,01$

H8 - As atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante correlacionam – se positivamente com a idade

Com o objectivo de se perceber se as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante se correlacionam positivamente com a idade realizamos a correlação de Spearman , cujos resultados se apresentam no quadro 43. A sua análise revela que há uma correlação fraca, positiva e não significativa ($r_s=0,072$; $p > 0,05$) entre as duas variáveis em estudo. De salientar no entanto que os enfermeiros mais velhos apresentam atitudes perante o transplante mais assertivas que os mais novos ($p < 0,05$).

Estes dados não são corroborados pelos estudos de Bilgel et. al.(2003), ao referirem que as atitudes estão correlacionadas com a idade.

Quadro 43 - Matriz de Correlação de Spearman's entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante e a idade (n=135)

Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante	rs	p
Total das atitudes	0,072	0,407
F1-Atitudes perante a colheita	0,068	0,434
F2-Atitudes perante o transplante	0,171	0,047
F3-Atitudes perante a certificação de morte cerebral	-0,022	0,798
F4- Atitudes de informação e apoio aos familiares	0,064	0,460

H9 – As atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante correlacionam – se positivamente com o tempo de exercício nesta área

Em relação às atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante correlacionadas com tempo de exercício realizamos a correlação de Spearman, cujos resultados se apresentam no quadro 44. A sua análise revela que há uma correlação fraca, positiva e não significativa ($rs=0,080$; $p> 0,05$) entre as duas variáveis em estudo. Há que salientar no entanto que os enfermeiros com mais tempo de exercício apresentam atitudes perante a certificação de morte cerebral mais assertivas que os que trabalham à menos tempo ($p<0,05$).

Tal facto está em sintonia com os estudos realizados por Collins (2004), ao referir que os enfermeiros com menos experiência profissional demonstram atitudes perante todo o processo de transplantação ambíguas e geralmente negativas. Também Gaber et al. (1990), referem que a experiência profissional parecem produzir o nível elevado na compreensão e entendimento dos critérios de morte cerebral, o que vai de encontro com os nossos dados.

Quadro 44 - Matriz de Correlação de Spearman's entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante e o tempo de exercício nesta área (n= 130)

Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante	rs	p
Total das atitudes	0,080	0,365
Atitudes perante a colheita	0,092	0,299
Atitudes perante o transplante	-0,081	0,357
Atitudes perante a certificação de morte cerebral	0,176	0,045
Atitudes de informação e apoio aos familiares	0,050	0,573

H10 - As atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante correlacionam – se positivamente com o nível de conhecimento sobre transplante e doação de órgãos

Ao analisarmos os resultados apresentados no quadro seguinte constata-se que existe correlação moderada, positiva ($r_s=0,290$) e significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante e o nível de conhecimento sobre transplante e doação de órgãos. Pelo facto da correlação ser positiva poderemos referir que quanto maior é o nível de conhecimentos mais elevado é o valor das atitudes.

Verificamos, ainda que o F3 (atitudes perante a certificação de morte cerebral) e o F4 (atitudes de informação e apoio aos familiares) apresentam uma correlação moderada, positiva e significativa (0,000) com o nível de conhecimento sobre transplante e doação de órgãos. O factor 1 (atitudes perante a colheita de órgãos) e F2 (atitudes perante o transplante) não têm significado estatístico ($p>0,05$).

Quadro 45 - Matriz de Correlação de Spearman's entre as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e ao transplante e o nível de conhecimento sobre transplante e doação de órgãos (n=137)

Atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante	rs	p
Total das atitudes	0,290	0,001
F1 - Atitudes perante a colheita	0,148	0,085
F2 - Atitudes perante o transplante	0,163	0,059
F3 -Atitudes perante a certificação de morte cerebral	0,317	0,000
F4 - Atitudes de informação e apoio aos familiares	0,414	0,000

Estes dados estão em sintonia com os resultados dos estudos por vários autores.

A falta de conhecimento nesta área influencia as atitudes dos profissionais, isto é, os profissionais que tem pouco conhecimento demonstram desinteresse e relutância (Bilgin e Akgun, 2002). Também para Kim, Elliot e Hyde (2003), o nível de conhecimento dos enfermeiros é um factor preditivo das suas atitudes perante a colheita de órgãos e transplante.

De salientar igualmente que Coimbra e tal.(1995), sugerem a formação e o esclarecimento de duvidas como forma de melhorar os sentimentos negativos dos enfermeiros perante a colheita de órgãos e transplante. Garrido (2004) acrescenta que existe a necessidade de complementar o conhecimento com a experiência profissional com o objectivo de desenvolver competências reflexivas.

CAPITULO VI - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A investigação científica e a ética devem estar sempre de mãos dadas no serviço à pessoa humana. É assim também nas transplantações. Não pode ceder-se à tentação do sucesso científico e técnico, à tentação do económico ou à tentação da carreira. A Ética desafia a ciência a chegar mais longe.

O transplante de órgãos é, nos nossos dias, a única forma de minorar o sofrimento de milhares de pessoas que sofrem de doenças crónicas, geralmente incapacitantes e, muitas vezes mortais.

Ao longo de todo este processo tanto para o dador como para o receptor é essencial perceber e tomar em consideração os factores culturais para a elaboração de programas educativos eficazes sobre as particularidades da morte cerebral, doação de órgãos e transplantes. Existem sobre estes temas mitos e crenças que com a respectiva informação e desmistificação poderão ser esclarecidos, levando a uma adesão consciente e informada a este processo, ou o contrário. O essencial é a pessoa estar informada para optar.

A profissão de enfermagem tem a obrigação moral de confrontar e lidar com as questões ético-legais de transplante que podem representar uma ameaça séria à integridade da prática holística da enfermagem.

Como já foi referido não compete à enfermagem a decisão e a execução da colheita e do transplante como também não cabe a certificação da morte. No entanto a sua participação e colaboração em todo o processo é fundamental, incidindo na já mencionada essência dos cuidados de enfermagem ao potencial dador e família, bem como em toda a carga psicológica existente, não omitindo a do lado do receptor. Em todo o processo o enfermeiro não deve esquecer das questões ético-legais implicadas pelo qual pode dar (e deve) o seu contributo.

Outra questão passa pelo consentimento e o dissentimento do doente, devendo o enfermeiro respeitar a decisão do mesmo como também defender e informar essa decisão a todos os agentes médicos. Deve de igual modo informar o indivíduo de todos os trâmites (dentro da competência de enfermagem) ou providenciar a presença de quem compete informar.

Em relação ao RENNDA, o papel do enfermeiro é imperioso na educação para a saúde, informando e esclarecendo a população para a existência deste, mas também

sensibilizando a população para a importância da dádiva, respeitando as atitudes, sentimentos e motivos, por estarmos perante uma Pessoa Humana.

Todos têm direito à vida e devem respeitá-la, o direito à saúde e qualidade de vida adequada, mas devemos reconhecer também que a “Transplantação é Vida”.

A vida humana supera qualquer valor, e é nela que tudo se fundamenta.

Relativamente aos resultados obtidos no nosso estudo, parece-nos importante evidenciar as principais conclusões a que chegamos fazendo a sua apresentação de forma sintética.

As conclusões extraídas emergem da análise e interpretação dos dados, das hipóteses formuladas, dos objectivos propostos e do enquadramento teórico estruturante da pesquisa.

Sentimos necessidade de alertar para o facto dos dados obtidos não poderem ser extrapolados para a população em geral, mas poderem ser utilizados no contexto de trabalho em que a investigação foi realizada.

Relativamente à metodologia utilizada, entendemos ter sido adequada ao tipo de estudo.

Podemos concluir que nesta amostra temos enfermeiros jovens, maioritariamente do género feminino, casados, licenciados, graduados e que exercem a sua actividade profissional em média à 11,2 anos.

Mais de metade dos enfermeiros pertencem à equipa de manutenção do dador e estão na equipa por distribuição do serviço e não por convite. Trabalham na equipa há cerca de 5,7 anos.

Em relação à sua integração, foram integrados mas por um período pequeno e a maioria não tem formação específica, mas sentem necessidade de actualizar e aprofundar conhecimentos acerca destes temas. A maioria precisa de apoio, principalmente apoio psicológico e de formação, sendo que o apoio dado pela instituição é basicamente o dado pelos colegas.

A maioria dos respondentes são dadores e dos que o não são apenas uma minoria está inscrita no RENNDA. Quanto à existência de dadores na família, alguns têm familiares que doaram o rim e outros têm familiares transplantados hepáticos.

Em relação aos níveis de conhecimento, estes são suficientes, mas os enfermeiros têm muitas dúvidas e desconhecimento a nível legislativo.

Os enfermeiros da nossa amostra apresentam atitudes moderadamente positivas, sendo estas mais assertivas quando relacionadas com a colheita de órgãos e com o

transplante e menos assertivas quando relacionadas com a certificação de morte cerebral e com a informação e apoio aos familiares.

O género, idade, tempo de exercício profissional na área, forma como entraram na equipa, existência de formação específica, necessidade de apoio e existência de integração quando iniciou funções na área, não são factores preditivos de atitudes mais assertivas dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante.

A equipa de pertença, satisfação profissional e nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre esta temática são factores preditivos das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplante

Sugestões, limitações e perspectivas futuras

Como limitações do nosso estudo, identificamos o facto de se tratar de um estudo correlacional e, como tal, não poderem ser estabelecidas relações causais. Por outro lado a dimensão da amostra é relativamente pequena e, portanto, a generalização a outras organizações deverá ser limitada.

Apesar de inicialmente ser nosso objectivo abranger todas as áreas metropolitanas, não foi possível abranger as do Porto e Coimbra, pois até à data limite de recolha de dados (15 de Agosto), não se manifestaram acerca das autorizações, apesar de vários contactos.

Identificamos também ainda como limitação, a escassa literatura existente em Portugal sobre este tema e a calendarização de algumas fases pelo tempo de espera das autorizações, que delimitaram o avanço do estudo.

Tendo presente os resultados propomos:

- ⌘ Reuniões entre todos os intervenientes do processo de transplantação com o objectivo de se apoiarem emocionalmente para além de existir um *feedback* do sucesso da transplantação e se o receptor se encontra bem de saúde;
- ⌘ Formação sistemática dos intervenientes, principalmente nas áreas ético-legais;
- ⌘ Participação em sessões de esclarecimento e apoio aos familiares de dadores e receptores;
- ⌘ Participar em programas de educação para saúde para os profissionais de saúde e população em geral;
- ⌘ Promover programas para influenciar e envolver as políticas hospitalares, que tem um papel fulcral na formação e educação dos profissionais de saúde;
- ⌘ Participar em sessões de esclarecimento para população.

A construção das escalas foi um dos aspectos mais enriquecedor, ainda que reconhecemos algumas lacunas, como o facto de ser dirigido às diferentes equipas do processo de transplantação, englobando variadas formas de viver este processo.

Recomendamos que em estudos futuros se deva validar novamente os instrumentos (atitudes e satisfação), com maior número de enfermeiros, estendendo às outras áreas metrópoles e a outros profissionais de saúde. Seria igualmente interessante construir e validar uma escala de atitudes perante a colheita e doação de órgãos para a população em geral.

Sugerimos igualmente outros estudos que poderão ser feitos na área da avaliação do estado emocional dos enfermeiros na área da transplantação, assim como a avaliação das estratégias de *coping* por si utilizadas.

Seria igualmente importante determinar as necessidades das famílias dos dadores e os receptores e suas famílias.

Ambicionamos que este estudo faça reflectir e consciencializar todos os enfermeiros envolvidos no processo de transplantação, como também alertar para a responsabilidade as organizações para com a melhoria da educação para a saúde e para com a formação profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (1997). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. Canário, R., *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa.
- Alcântara, J.A.(1990). *Como educar atitudes*. Lisboa: Plátano
- Alcobia, P. (2001). Atitudes e satisfação no trabalho. Ferreira, J.M.C.; Neves, J.; Caetano, A., *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill
- Almeida, E.; Corgo, F.; Marta, S. (2004) *Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Psiquiatria Forense*. Monografia do 7º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Leiria, Leiria
- Almeida, F.N. (1995) *Psicologia para gestores* Amadora: Mc-Graw-Hill
- Almeida, L.S.; Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT
- Andrade, F.M.R.F. (1997). *Nível de satisfação dos enfermeiros dos postos clínicos periféricos do S.A.M.S*. Monografia de Licenciatura de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil, Lisboa
- Assembleia da República (1991). *Código Penal*. Coimbra: Almedina
- Bartucci, M.R. (2003). *Intervenções em pessoas com transplantes de órgãos/tecidos*. Phipps, W.J.; Sands, J.K.; Marek, J.F., *Enfermagem Médico-cirúrgica*. Loures: Lusociência

- Bilgel, H. et al. (2003). A survey of public attitudes towards organ donation in Turkish community and of the changes that have taken place in last 12 years. *Springer-Verlag*, Data da consulta: 15 Fev. 2006, Documento WWW.URL: [www.springerlink.com]
- Bilgin, N.; Akgun, H.S. (2002). “A focus on health care professionals in organ donation: a cross-sectional survey”, *Science@Direct*, Data da consulta: 15 Fev. 2006, Documento WWW.URL: [www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VJ10-46SNFPR-6P]
- Calne, R. (1997). Transplantes: uma actualização. *Update*, 95: 20-25
- Campos, A. (1993). A Nova Lei sobre Transplantes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2: 73-80
- Can, A.A. (1998). *Garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem nos hospitais: análise da percepção de enfermeiros gestores do Hospital Distrital de Abrantes*. Lisboa: Universidade Aberta
- Canário, R. (1994). Centros de formação das associações de escolas: que futuro?. Amiguinho, A.; Canário, R., *Escolas e mudança: o papel dos centros de formação*. Lisboa: Educa.
- Canário, R. (2001). A prática profissional na formação de professores. Data da consulta: 12 Nov. 2005, Documento WWW.URL: [http://www.inafop.pt/revista/docs/texto_canario.html].
- Cantwell, M.; Clifford, C (2000). English nursing and medical students’ attitudes towards organ donation. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4): 961-968
- Carapinheiro, G.; Lopes, N.M (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Carapinheiro, G. (1997). *Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento

- Carvalho, A. et al. (2002). *Processo de Contratualização de Recursos Humanos*. Coimbra: Quarteto
- Castell, R.A. (1995). Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis (1) – Motivación y desarrollo profesional. *Rol*, 197: 13 – 17.
- Chiavenato, I. (1989). *Recursos Humanos na Empresa*. (Vol.3) S. Paulo: Atlas
- Chiavenato, I. (2002). *Recursos Humanos*. S. Paulo: Atlas.
- Coimbra, A. et. al. (1995). Percepção do Enfermeiro perante a morte cerebral e a doação de órgãos. *Sinais Vitais*, 5: 35-38
- Collins, T.J. (2004) Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU", *Science@Direct*, Data da consulta: 15 Fev. 2006, Documento WWW.URL: [www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WGN-4F29HR3-2]
- Couceiro, M.L.P. (1995). Autoformação e contexto profissional. *Formar*, 14, 4: 6-15.
- CNECV (SD). Parecer sobre transplante de tecidos e órgãos: 1/CNE/91, Data da consulta: 12 Jun. 2005, Documento WWW.URL: [[http:// www.cnev.gov.pt/CNECV/pt/PareceresDocs/Pareceres](http://www.cnev.gov.pt/CNECV/pt/PareceresDocs/Pareceres)].
- CNECV (SD). Parecer sobre o Rennda: 5/CNE/93, Data da consulta: 12 Jun. 2005, Documento WWW.URL: [[http:// www.cnev.gov.pt/CNECV/pt/PareceresDocs/Pareceres](http://www.cnev.gov.pt/CNECV/pt/PareceresDocs/Pareceres)].
- CNECV (SD). Parecer sobre os critérios de verificação de morte cerebral: 6/CNE/94, Data da consulta: 12 Jun. 2005, Documento WWW.URL: [[http:// www.cnev.gov.pt/CNECV/pt/PareceresDocs/Pareceres](http://www.cnev.gov.pt/CNECV/pt/PareceresDocs/Pareceres)].

CNECV (SD). Parecer sobre critério morte: 10/CNE/95, Data da consulta: 12 Jun. 2005, Documento WWW.URL: [[http:// www.cnev.gov.pt/CNECV/pt/PareceresDocs/Pareceres](http://www.cnev.gov.pt/CNECV/pt/PareceresDocs/Pareceres)].

Dalri, M.C.B. et.al. (1999). Aspectos éticos e legais das anotações de Enfermagem nos Procedimentos de doação de órgãos para transplantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33: 224-230

Decreto-Lei n.º 437/91, D.R., I Série-A, 257 (08-11-91), 5723-5741: (Regulamenta a Carreira de enfermagem).

Decreto-Lei Nº244/94, D.R., I Série-A, 223 (26/09/94), 5780-5782: (Rennda).

Decreto-Lei n.º 161/96, D.R., I Série-A, 205 (04-11-96), 2959-2962; (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

Decreto-Lei n.º 104/98, D.R., I Série-A, 93 (21-04-98), 1739-1757; (Ordem dos Enfermeiros).

Decreto-Lei n.º 274/99, D.R., I Série-A, 169 (22-07-99), 4522-4526;(Ficheiro autónomo do Rennda).

Decreto-Lei n.º 188/2003, D.R., I Série-A, 191 (20-08-03), 5219-5230; (Regulamenta o Regime jurídico dos Hospitais do Sector Público Administrativo).

Despacho 10507/2000, D.R. II Série, 119 (23-05-2000), 8804-8805;(Dador-Receptor).

Despacho 3549/2001, D.R. II Série, 43 (20-02-2001), 3416; (Incentivos à colheita e transplantação de órgãos e tecidos).

D'Éspiney, L.M.A. (1997). Formação inicial/formação contínua dos enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. Canário, R., *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora

- Dias, J.F. (1999). *Código penal : Parte especial-artigos 131º a 201º*. (Tomo 1)
Coimbra: Coimbra Ed.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: A. Colin.
- Dubar, C. (1997). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. Canário, R., *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Erdogan, O. et al. (2002) “Attitudes and knowledge of Turkish physicians about organ donation and transplantation”, *Science@Direct*, Data da consulta: 15 Fev. 2006, Documento WWW.URL: [www.sciencedirect.com].
- Ferreira, J.M.C et al. (1996). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência
- Frei Bernardo (1995) Transplante de órgãos: a lei de RENNDA- ou Registo Nacional de Não Dadores. *Servir* 43: 144-145
- Fructuoso, A.I.S. (2006) Cambios en las características del donante y receptor. *Nefrología*, 26, 2: 9-11
- Gaber, A.O. et al. (1990) Survey of attitudes of health care professionals toward organ donation. *Transplant Proceedings*, 22, 2: 313-315
- Garrido, A.F.S. (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro - Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa
- Gauthier, B. (2003). *Investigação Social – Da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência
- Gil, A. C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. S. Paulo: Editora Atlas.

Gomes, M.M.V (1997) Aspectos legais da informatização clínica, Data da consulta: 15 Jul. 2005, Documento WWW:URL: [www.fm.ul.pt/.../Revista/1997/n2/aspectos.htm].

Graça, L. (1999). *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos Centros de Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde

Hannah, S. (2004) “Increasing awareness of tissue donation: in the non-heart beating donor”, *Science@Direct*, Data da consulta: 15 Fev. 2006, Documento WWW.URL: [www.sciencedirect.com].

Hospital Curry Cabral (2001). *Integração dos Enfermeiros perioperatórios*. Lisboa: Bloco de Cirurgia - Hospital Curry Cabral

Hospital Curry Cabral (2006). *Ética em Enfermagem*. Lisboa: Centro de formação - Hospital Curry Cabral

IGIF (2005) RENNDA, Data da consulta: 12 Jun. 2005, Documento WWW.URL: [www.igif.min-saude.pt/produtos/frames/frame_RENNDA.html].

Kent, B.; Owens, R.G. (1995). Conflicting attitudes to corneal and organ donation: a study of nurses' attitudes to organ donation. *Int. Journal Nursing Student*, 32, 5: 484-492

Kilbert, M.C.; Kilbert, B.A (1992). Nursing attitudes towards organ donation, procurement and transplantation. *Heart & Lung*, 21, 2: 106-111

Kim, J.R.; Elliot, D.; Hyde, C. (2003). Korean health professionals' attitudes and knowledge toward organ donation and transplantation”, *Science@Direct*, Data da consulta: 15 Fev. 2006, Documento WWW.URL: [www.sciencedirect.com].

Lei 12/93, D.R., I Série-A, 94 (22/04/93), 1961-1963; (Lei dos transplantes).

Lei 141/99, D.R., I Série-A, 201 (28/08/99), 5955;(Critérios de morte cerebral).

- Lima, M. (1996). *Transplantes: Relevância jurídico-penal*. Coimbra: Almedina
- Lopes, N.M. (2001). *Recomposição profissional da enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Marinho, C (2003). *Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre atitudes de médicos e enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, ISPA, Lisboa
- Marquis, B.; Huston, C.J. (1996). *Administração e Liderança em Enfermagem – Teoria e Aplicação* Porto Alegre: Artes médicas.
- Martins, J.C. (2002). Princípios de desenvolvimento profissional. *Enfermagem em Foco*, 11, 48: 31-38.
- Mourinho, E. et. al. (1999). Manutenção do dador multiorgânico. *Servir*, 47: 203-204
- Munson, C.E. (2002). *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. Binghamton: The Haworth Press.
- Neto, A. (1999). *Código Civil: Anotado*. Lisboa: Ediforum
- Neves, A.L. (2002). *Motivação para o trabalho: dos conceitos às aplicações*. Lisboa: RH Editora, 2º Ed.
- Nyhan, B. (1991). *Desenvolver a capacidade de aprendizagem das pessoas*. Bruxelas: Inter-universidades Europeias.
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2004). *As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2003). *Estatuto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

OPT (2005). Relatório de Actividades 2004, Data da consulta: 8 Jul. 2005, Documento
WWW.URL: [<http://www.opt.min-saude.pt>].

Pais Ribeiro, J.L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa:
Climepsi

Paulo, G.N.N. (2003). *Satisfação dos profissionais de saúde: avaliação em dois
modelos de gestão hospitalar: Adaptação e validação cultural do hospital
Judgement System*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra

Perrenoud, P. (1993). *Práticas pedagógicas. Profissão docente e formação,
perspectivas sociológicas*. Lisboa: D. Quixote.

Pimenta, C.; Martins, I; Batista, P. (2005) *A contribuição Social de cada actor para a
cultura plural*. Trabalho no âmbito da disciplina de Sociologia das
Organizações, Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde,
Universidade de Évora/Estesl, Lisboa.

Pina e Cunha, M. et Al. (2003). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*.
Lisboa: Editora RH

Pinheiro, E. (1996). Cuidados de Enfermagem na Transplantação Hepática. *Sinais
Vitais*, 6: 31-35

Pinto, A.C. (1990) *Metodologia da Investigação Psicológica*. Porto: Edição Jornal de
Psicologia.

Pinto, J.R.C. (2004). A Lei dos Transplantes – Questões (im)pertinentes. *Servir*, 52:
163-167

Pinto, V.F. (2001). Ética e Transplantes. *Servir*, 49: 26-27

- Pires, A.L.R.O. (1995). *Desenvolvimento pessoal e profissional: um estudo dos contextos e processos de formação das novas competências profissionais*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa
- Polit, D.; Hungler, B.P. (1994) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: Interamericana – Mc Graw-Hill.
- Polit, D.; Hungler, B.P. (1995) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Presidência do Conselho de Ministros (1994). *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, vol. II
- Rectificação 1962/2000 (ao Despacho 10507/2000), D.R., II Série, 165 (19-07-2000), 11 967;(Dador-Receptor).
- Rectificação 1303/2001, D.R., II Série, 125 (30-05-2001), 9173;(Incentivos à colheita e transplantação de órgãos e tecidos).
- Regehr, C. et al. (2004) Trauma and tribulation: the experiences and attitudes of operating room nurses working with organ donors. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 430-437
- Reis et. al. (1996) *Estatística Aplicada*. Lisboa: Edições Sílabo
- Rodrigues, E.M.V. (2005). *Avaliação de Desempenho dos enfermeiros e percepção de justiça organizacional*. Aveiro: Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas.
- Rodrigues, J.V. (2001). *O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português*. Coimbra: Coimbra Ed.
- Samuel, D. et al. (2003) “Transplante hepático para cirrose por VHC em doentes co-infectados VIH-VHC. Avaliação da toxicidade anti-retroviral e da recorrência

do VHC”, AidsPORTUGAL, Data da consulta: 21 Set. 2006, Documento WWW.URL: [www.aidsportugal.com/article.php?sid=2448].

- Santos, A.M. (1990). A aptidão à autoformação. *Emprego e Formação*, 11, 5: 21-24.
- Schön, D. (1991). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey Bass Inc.
- Seixas, E. (1995) Considerações ético-legais na transplantação e doação de órgãos. *Revista Sinais Vitais*, 5: 13-14
- Silva, A.C.J. (2004). *Satisfação profissional em enfermeiros hospitalares: Que expectativas?*, Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa
- Simões, M.; Falé, M.J. (1998). *Processo de Socialização/Integração – Importância atribuída pelos enfermeiros recém-formados*. Trabalho realizado no âmbito do 2º Curso de Estudos Superiores Especializados em Administração de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, Lisboa
- Sousa, A. (1996). *Introdução à gestão, uma abordagem sistémica*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Sousa, M.D.D. (1973). *A formação permanente e o pessoal hospitalar*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Sque, M.; Payne, S.; Vlachonikolis, I (2000). Cadaveric donotransplantation: Nurses’ attitudes, knowledge and behaviour. *Social, Science & Medicine*, 50 (4): 541-552
- Topbas, M. (2005). Outmoded attitudes toward organ donation among Turkish health care professionals. *Transplantation Proceedings*, 37: 1998:2000
- Valla, J. et al. (1994). *Psicologia social das organizações – Estudos em empresas portuguesas*. Oeiras: Celta Editora

Vaz-Serra, A. (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

Vicente, P.; Reis, E. e Ferrão, F. (1996). *Sondagens – A amostragem como factor decisivo de qualidade*. Lisboa: Edições Silabo

ANEXOS

ANEXO I
IMPRESSO PARA INSCRIÇÃO NO RENDDA



RENDA - REGISTO NACIONAL DE NÃO DADORES
Lei n.º 12/93, de 22 de Abril

- Inscrição no Registo Nacional de Não Dadores.
- Pedido de 2.ª Via de Cartão - (preencher APENAS a identificação do não dador)
- Alteração de Dados - (preencher todos os dados - este impresso substitui INTEGRALMENTE os(s) anteriores)
- Anulação do registo no RENDDA - (passagem à qualidade de dador)

Os dados constantes deste requerimento destinam-se à identificação dos cidadãos não dadores de órgãos ou tecidos, mediante processamento automático e conservação em Base de Dados pela qual é responsável o Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde, sito em Lisboa, na Av. da República n.º 51.
A falta ou inexactidão no preenchimento dos dados, inviabiliza a inscrição no RENDDA.
Ao requerente ou seu representante legal é reconhecido o direito de acesso às informações sobre ele registadas na base de dados.

1 A PREENCHER PELO REQUERENTE

IDENTIFICAÇÃO DO NÃO DADOR

NÚMERO: (preencher apenas nos casos de pedido de 2.ª via de cartão ou alteração dos dados)

NOME: _____

MORADA: Rua _____ Nº _____ Lote _____ Alvará _____
Localidade _____ C. P. _____ Telefone _____

DATA DE NASCIMENTO: dd/mm/aa NATURALIDADE (Registo País): _____

SEXO: Masculino Feminino NACIONALIDADE: _____

IDENTIFICAÇÃO: BI Arquivo N.º _____
 Outra Ano-Séries País N.º _____

2 IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL

A preencher apenas nos casos em que o não dador é menor ou incapaz

QUALIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (Pai, Mãe, Tutor, etc.): _____

NOME: _____

MORADA: Rua _____ Nº _____ Lote _____ Alvará _____
Localidade _____ C. P. _____ Telefone _____

DATA DE NASCIMENTO: dd/mm/aa NATURALIDADE (Registo País): _____

SEXO: Masculino Feminino NACIONALIDADE: _____

IDENTIFICAÇÃO: BI Arquivo N.º _____
 Outra Ano-Séries País N.º _____

3 RESTRIÇÕES À DÁDIVA

A preencher apenas nos casos da indisponibilidade para a dádiva ser restrita a certos órgãos, tecidos ou fins

1. Pretendo **NÃO SER DADOR** de órgãos e tecidos, no caso de estes serem para fins de:
 Transplante Diagnóstico Terapêutico

2. Pretendo, **APENAS, NÃO DOAR** os seguintes órgãos ou tecidos:

4 ANULAÇÃO DO REGISTO NO RENDDA - PASSAGEM À QUALIDADE DE DADOR

A declarar apenas no caso de anulação de inscrição no RENDDA

Declaro que pretendo **PASSAR À QUALIDADE DE DADOR**, anulando a minha inscrição no RENDDA e fazendo a entrega do respectivo Cartão de Não Dador.

Data: dd/mm/aa Assinatura: _____

5 A ASSINAR PELO REQUERENTE

Confirmando que são verdadeiros os dados acima inseridos, não houve qualquer omissão de qualquer informação.

Data: dd/mm/aa Assinatura: _____

6 A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

CENTRO DE SAÚDE - EXTENSÃO _____

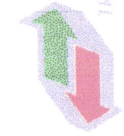
ANEXO II

**MAPA COMPARATIVO DE OBJECTIVOS E
TRANSPLANTAÇÕES 2004 E QUADRO E GRÁFICO DA
EVOLUÇÃO DOS TRANPLANTES**

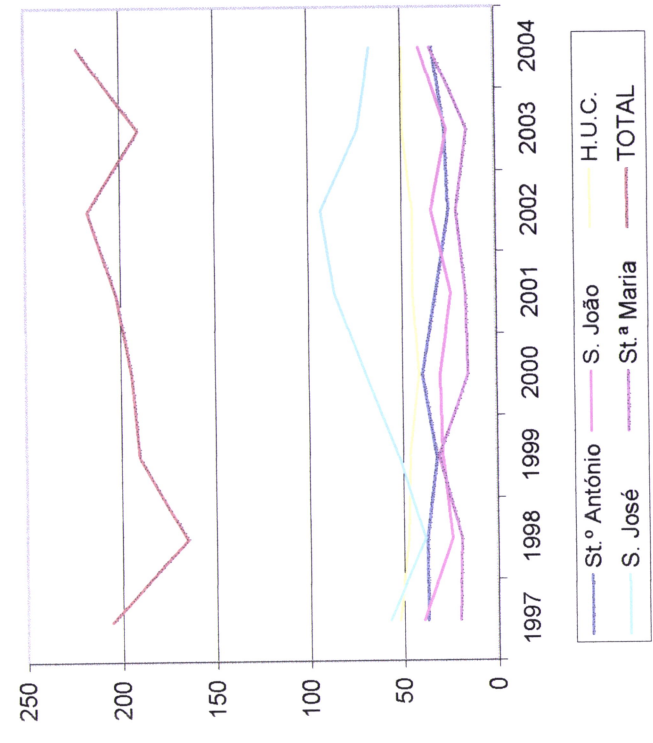


Mapa de Transplantações 2004

G.C.C.O.T.	Rim	Fígado	Coração	Pulmão	Pâncreas	Córnea	Medula
GCCOT Stº António							
Hospital Geral de Santo António – Porto	96	81			12	101	
Hospital Senhora de Oliveira – Guimarães						12	
C Hosp Vila Nova de Gaia							
GCCOT S. João							
Hospital S. João – Porto	49		1			121	27
Unidade Local de Saúde de Matosinhos						12	
GCCOT H.U.C.							
Hospitais Universidade Coimbra	96	40	27			103	20
Hospital São Sebastião – St.ª Maria da Feira						16	
Hosp Divino Espírito Santo – Ponta Delgada							
GCCOT S. José							
Hospital São José – Lisboa						54	
Hospital St. António dos Capuchos – Lisboa	43	84				90	38
Hospital Curry Cabral – Lisboa	23						
Hospital Garcia Orta – Lisboa							
Hospital Santa Marta – Lisboa			5	10			
C. Oftalm. Lisboa						1	
Hospital Central do Funchal							
GCCOT Stª. Maria							
Hospital Santa Maria – Lisboa	43					25	43
Hospital Egas Moniz – Lisboa						12	
Hospital Santa Cruz – Lisboa	62		12				
IPO – Porto							73
IPO – Lisboa							78
Hospital C. V. Portuguesa – Lisboa	24						
Inst. Oftalm. Gama Pinto – Lisboa						8	
Hospitais Privados						1	
Outros							
TOTAL	436	205	45	10	12	556	279



Evolução dos Transplantes



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Rim	361	402	385	309	367	359	359	398	357	436
Fígado	67	127	144	133	159	162	184	191	178	205
Coração	8	9	6	8	12	15	17	13	20	45
Medula	135	180	208	243	230	236	257	267	275	279
Córnea	300	375	397	373	369	413	501	555	579	566
Pulmão	0	0	0	0	0	3	1	4	10	10
Pâncreas	0	0	0	0	0	0	3	4	8	12

ANEXO III

**MAPA COMPARATIVO DE COLHEITA DE ÓRGÃOS
2003/2004 POR GABINETE E QUADRO E GRÁFICO DA
EVOLUÇÃO DAS COLHEITAS**



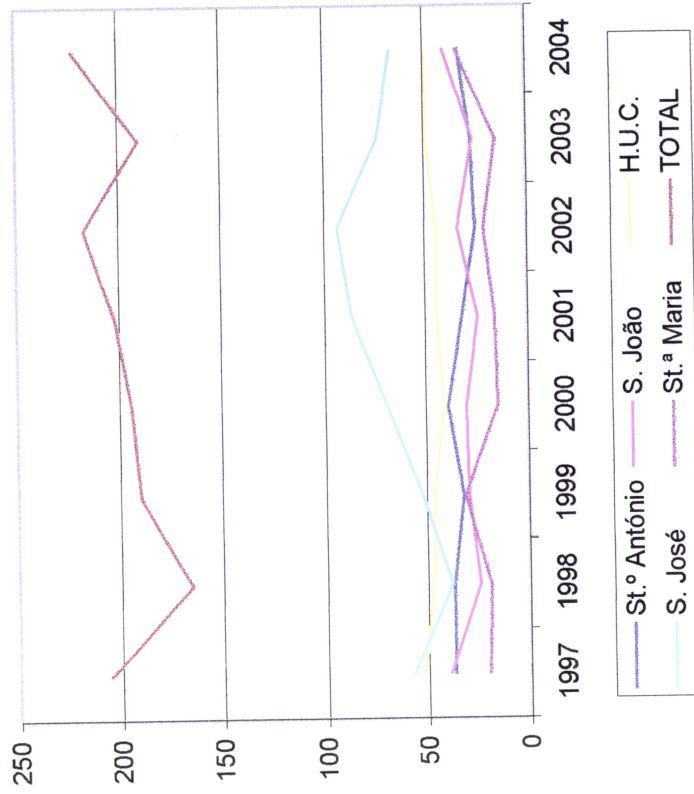
Mapa Comparativo de Colheita de Órgãos

	2003		2004		Total
	CS	CMO	CS	CMO	
G.C.C.O.T.					
GCCOT Stº António					
Hospital Geral de Santo António – Porto	4	15	3	22	25
Hospital Senhora de Oliveira – Guimarães	0	0	0	0	0
Hospital São Marcos de Braga	1	7	1	7	8
C Hosp de Vila Real – Peso da Régua	0	0	0	0	0
C Hosp Vila Nova de Gaia	0	0	0	0	0
GCCOT S. João					
Hospital S. João – Porto	7	14	6	27	33
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	1	3	0	7	7
Hospital de Santa Luzia – Viana do Castelo	0	1	0	0	0
Hospital Padre Américo – Vale do Sousa	0	0	0	0	0
GCCOT H.U.C.					
Hospitais Universidade Coimbra	8	24	6	21	27
Centro Hospitalar Coimbra	0	2	0	10	10
Hospital Pediátrico de Coimbra	0	2	0	0	0
Hospital de São Teolónio – Viseu	3	5	2	8	10
Hospital São Sebastião – St.ª Maria da Feira	0	1	0	0	0
Hosp Divino Espírito Santo – Ponta Delgada	1	2	0	0	0
Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco	0	0	0	0	0
Hospital Santo André – Leiria	0	1	0	2	2
Hospital Infante D. Pedro – Aveiro	0	0	0	0	0
Hospital Cova da Beira – Covilhã	0	0	0	0	0
GCCOT S. José					
Hospital São José – Lisboa	12	35	10	23	33
Hospital St. António dos Capuchos – Lisboa	0	2	0	0	0
Hospital Curry Cabral – Lisboa	2	0	0	1	1
Hospital Garcia Orta – Lisboa	2	13	5	13	18
Hospital Fer. Fonseca – Amadora/Sintra	0	0	0	1	1
Hospital Central do Funchal	0	0	0	3	3
Hospital Distrital de Faro	1	2	0	5	5
Hospital D. Estefânia – Lisboa	0	0	0	1	1
Hospital Barlavento Algarvio – Portimão	1	0	0	0	0
Hospital S. Bernardo – Setúbal	1	2	2	1	3
Hospital Distrital de Santarém	0	0	0	1	1
GCCOT St.ª Maria					
Hospital Santa Maria – Lisboa	3	9	10	21	31
Hospital Egas Moniz – Lisboa	0	0	0	0	0
Hospital S. F. Xavier – Lisboa	0	3	0	3	3
Hospital Pulido Valente – Lisboa	0	0	0	0	0
TOTAL	47	143	45	177	222

CS – Colheita Simples
CMO – Colheita Multiórgânica



Evolução das Colheitas por Gabinete



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
St.º António	37	37	32	39	32	25	27	33
S. João	39	24	29	30	24	34	26	40
H.U.C.	52	47	46	41	44	44	49	49
S. José	57	38	52	69	86	93	73	66
St.ª Maria	20	19	31	15	16	21	15	34
TOTAL	205	165	190	194	202	217	190	222

ANEXO IV

**QUADRO DE INSCRIÇÕES NO RENDDA E GRÁFICO DE
ACUMULADOS NACIONAIS**



Ministério da Saúde

Registo Nacional de Não-Residentes

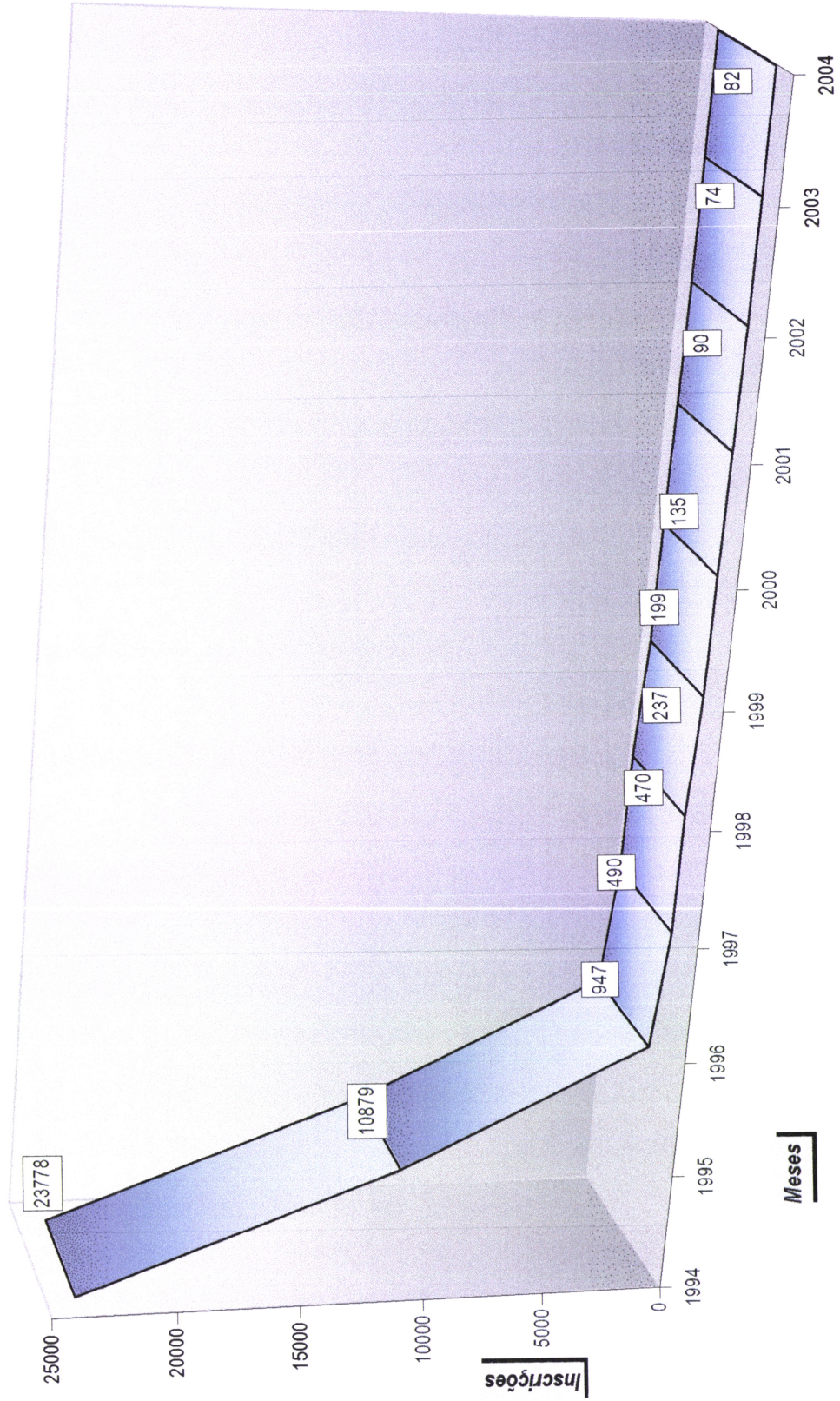
QUADRO DE INSCRIÇÕES NO RENNDA

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
Descon.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aveiro	1341	659	84	29	9	4	6	3	9	5	1	2150
Beja	267	75	2	1	6	0	0	0	0	1	0	352
Braga	1443	671	38	36	31	6	1	2	7	2	2	2239
Bragança	189	84	3	14	4	0	0	0	0	0	0	294
C.Branco	478	213	5	6	15	1	9	1	0	0	2	730
Coimbra	669	358	37	10	9	7	23	14	4	1	4	1136
Évora	245	55	4	1	7	0	0	0	0	0	0	312
Faro	987	429	26	30	29	9	2	2	4	1	2	1521
Guarda	290	114	5	8	3	0	1	0	0	0	0	421
Leiria	678	328	38	7	9	12	2	0	5	2	2	1083
Lisboa	8241	3700	340	179	175	91	91	61	18	33	32	12961
Portalegre	321	181	14	2	1	21	0	0	0	0	0	540
Porto	3615	1838	177	88	94	31	25	32	22	9	22	5953
Santarém	815	418	28	9	17	8	7	6	9	1	1	1319
Setúbal	2538	1041	68	34	31	22	28	7	7	8	2	3786
V.Castelo	546	144	15	5	4	1	2	4	3	5	0	729
Vila Real	402	305	21	8	2	2	1	0	2	1	0	744
Viseu	607	227	19	3	14	11	1	2	0	0	6	890
Açores	64	21	13	7	0	9	0	0	0	2	0	116
Madeira	42	18	10	13	10	2	0	1	0	3	6	105
TOTAL	23778	10879	947	490	470	237	199	135	90	74	82	37381



Ministério da Saúde
Região Nacional de São Paulo

Acumulados Nacionais



ANEXO V

**QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DE DISTRITOS POR
POPULAÇÃO RESIDENTE E INSCRITOS NO RENDDA**

**QUADRO COMPARATIVO POPULAÇÃO
RESIDENTE/INSCRITOS NO RENNDA**

DISTRITOS	POPULAÇÃO RESIDENTE(1)	INSCRITOS NO RENNDA	% Inscritos por Distrito	(Insc.Rennda/ Pop.Res.)*100
AVEIRO	713,6	2150	5,75	0,30
BEJA	161,2	352	0,94	0,22
BRAGA	831,4	2239	5,99	0,27
BRAGANÇA	148,8	294	0,79	0,20
CASTELO BRANCO	208,1	730	1,95	0,35
COIMBRA	441,2	1136	3,04	0,26
ÉVORA	173,4	312	0,83	0,18
FARO	395,2	1521	4,07	0,38
GUARDA	180,0	421	1,13	0,23
LEIRIA	459,5	1083	2,90	0,24
LISBOA	2136,0	12961	34,67	0,61
PORTALEGRE	127,0	540	1,44	0,43
PORTO	1781,8	5953	15,93	0,33
SANTARÉM	454,5	1319	3,53	0,29
SETÚBAL	788,5	3786	10,13	0,48
VIANA DO CASTELO	250,3	729	1,95	0,29
VILA REAL	223,7	744	1,99	0,33
VISEU	394,9	890	2,38	0,23
AÇORES	241,8	116	0,31	0,05
MADEIRA	245,0	105	0,28	0,04
S/ INDICAÇÃO		0	0,00	
TOTAL	10355,9	37381	100,00	0,36

(1) Dados do INE - Censos 2001 (em milhares)

ANEXO VI

**QUADRO NÚMÉRICO/PERCENTUAL DE
ACUMULADOS POR SEXO E GRÁFICO DOS
ACUMULADOS POR SEXO (POR ANO)**



Acumulados por Sexo

Quadro Numérico

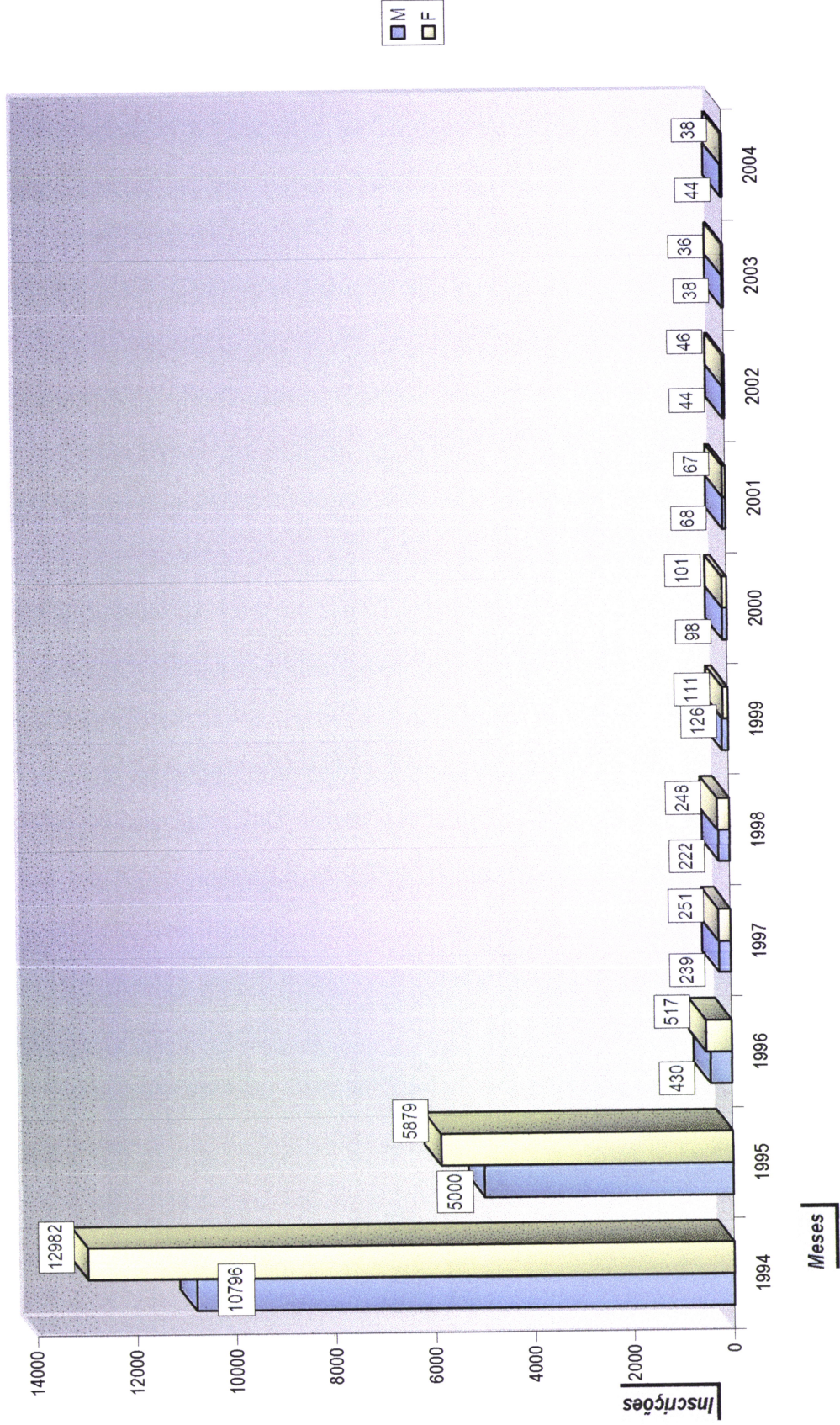
SEXO	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
M	10796	5000	430	239	222	126	98	68	44	38	44	17105
F	12982	5879	517	251	248	111	101	67	46	36	38	20276
TOTAL	23778	10879	947	490	470	237	199	135	90	74	82	37381

Quadro Percentual

SEXO	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
M	45,4	45,96	45,41	48,78	47,23	53,16	49,25	50,37	48,89	51,35	53,66	53,66
F	54,6	54,04	54,59	51,22	52,77	46,84	50,75	49,63	51,11	48,65	46,34	46,34
TOTAL	63,61	29,1	2,53	1,31	1,26	0,63	0,53	0,36	0,24	0,20	0,22	0,22



Acumulados por Sexo



ANEXO VII

QUADRO COMPARATIVO POR GRUPOS ÉTARIOS E
GRÁFICO DE PERCENTAGEM DE INSCRITOS POR
GRUPO ÉTARIO



Quadro Comparativo/Grupos Etários

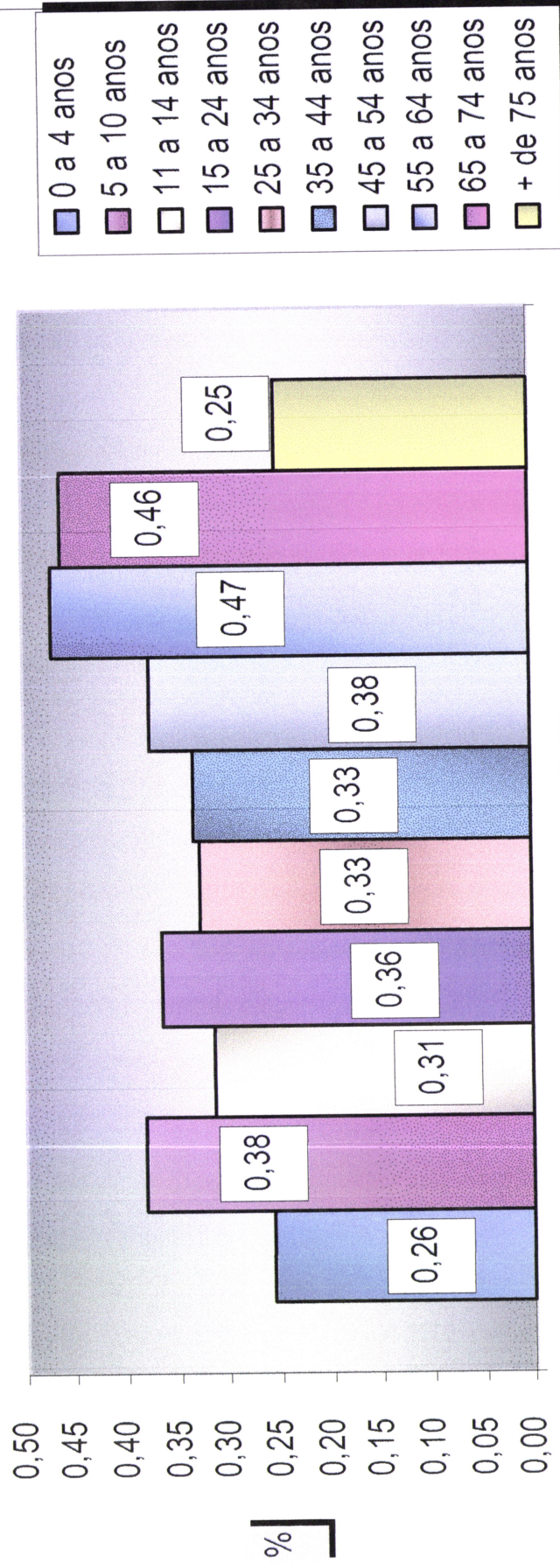
GRUPO ETÁRIO	POP. Resid.	INSCRITOS	A	B
0 a 4 anos	539,4	1389	3,72	0,26
5 a 10 anos	537,5	2041	5,46	0,38
11 a 14 anos	579,6	1815	4,86	0,31
15 a 24 anos	1479,5	5389	14,42	0,36
25 a 34 anos	1576,1	5162	13,81	0,33
35 a 44 anos	1499,3	4987	13,34	0,33
45 a 54 anos	1328,6	4985	13,34	0,38
55 a 64 anos	1122,4	5287	14,14	0,47
65 a 74 anos	992,1	4559	12,20	0,46
+ de 75 anos	701,4	1764	4,72	0,25
S/ DATA	0,0	3	0,01	0,00
TOTAL	10355,9	37381	100,00	0,36

A) % Inscritos por G.Etário / Total Inscritos

B) % Inscritos por G.Etário/ Pop.Residente por G.Etário



% de Inscritos por G. Etário



Grupos Etários

ANEXO VIII
QUADRO ACUMULADOS POR GRUPO ÉTARIO



Acumulados por Grupos Etários

GETÁRIO	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
s/data	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0 a 4	674	489	66	41	33	24	21	13	14	9	5	1389
5 a 10	1241	640	54	20	31	19	7	7	6	6	10	2041
11 a 12	539	276	25	13	12	9	8	3	5	2	0	892
13 a 14	558	311	18	9	10	4	5	5	1	2	0	923
15 a 24	3110	1841	171	96	73	35	24	14	6	12	7	5389
25 a 34	2928	1738	176	86	95	29	40	20	19	16	15	5162
35 a 44	3033	1539	125	82	71	51	29	21	15	11	10	4987
45 a 54	3185	1433	128	57	69	21	28	24	12	11	17	4985
55 a 64	3726	1287	94	54	39	28	23	17	8	3	8	5287
65 a 74	3426	976	63	27	25	8	11	7	4	2	10	4559
75 a 120	1355	349	27	5	12	9	3	4	0	0	0	1764
TOTAL	23778	10879	947	490	470	237	199	135	90	74	82	37381

ANEXO IX
QUADRO COM COMPARAÇÃO DO NUMERO DE
DADORES NA EUROPA 2004

Comparação do Número de Dadores na Europa, 2004

País	Dadores	Por milhão de habitantes	Tendência
Espanha	1495	34.6	↑
Letónia	71	30.9	↑
Irlanda	87	22.9	↑
Portugal	222	22.2	↑
Austria	183	21.5	↓
Bélgica	220	21.2	↓
Itália	1205	21.1	↑
Finlândia	109	21	↑
França	1290	20.9	↑
República Checa	211	20.5	↑
Noruega	90	19.6	↗
Eslovénia	36	18	↑
Hungria	160	16	↘
Polónia	526	14.6	↑
Holanda	228	14	↓
Alemanha	1140	13.8	→
Suecia	123	13.7	↑
Suíça	91	12.6	↓
Reino Unido	726	12.3	↗
Dinamarca	64	11.9	↓
Luxemburgo	1	2	↓

↑ Forte progressão ↓ Forte diminuição ↗ Leve progressão ↘ Leve diminuição

ANEXO X
AUTORIZAÇÕES DOS HOSPITAIS

Nossa ref.
our ref.

6334.2006/04001

vossa ref.
your ref.

data
date

assunto
subject

Exm^a. Senhora
Enf^a. Isabel Maria Pedro Martins
Hospital Curry Cabral
Rua da Beneficência, 8
1 169 - 166 LISBOA

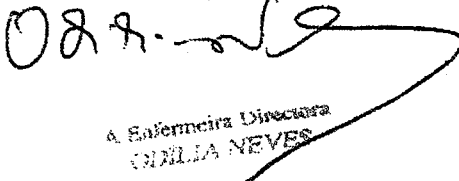
Aplicação de questionário

Em resposta ao solicitado por V. Ex.^a em 14/03/2006, informa-se que está autorizada a aplicação do instrumento de colheita, no âmbito do estudo académico, nas unidades de U.C.I.; U.C.I. Pediátrica; Bloco Operatório; Urgência Geral; Neurocirurgia e Urologia.

Solicita-se que no final sejam divulgados os resultados no Hospital.

Com os melhores cumprimentos

Enfermeira Directora



A. Enfermeira Directora
ODÍLIA NEVES

RM/MJ
A.edilia 11>Isabel martins

Autarizado
Cristina Mesquita
24/5/06

QUESTIONÁRIO

CRISTINA MESQUITA
Enf.ª Directora

Caro(a) Colega,

Sou aluna do 2º Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde da Universidade de Évora com parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, e no desenvolvimento da dissertação, acerca das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplantes, gostaria de ver respondidas algumas questões relacionadas com este tema.

Seleccionou-se para a aplicação do questionário, os serviços envolventes em toda esta área, ou seja as Unidades de Cuidados Intensivos, as Unidades de Transplantes, os Blocos operatórios e todos os enfermeiros envolvidos nesta área excepto os que executam cargos de gestão.

A sua participação no preenchimento deste questionário é fundamental para se poder conhecer o contributo que podem ter as variáveis em estudo.

A confidencialidade e o anonimato serão mantidos, por isso não assine por favor.

Após o preenchimento do questionário, coloque-o num envelope próprio que se encontra no gabinete do(a) enfermeiro(a) chefe.

Obrigada

Isabel Martins

Parecer:

Nos termos da actuação em relação à actuação deste questionário.
5/5/06

Arminda Adunifus Flores

Nada - sem a mesma utilidade

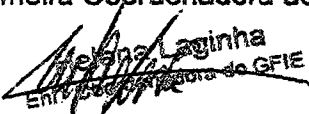
Luis Gardete Correia
Director Clínico



H. S. M. De: Direcção dos Serviços de Enfermagem / GFIE
NOTA DE SERVIÇO À: Sr.ª Enf.ª Isabel Maria Pedro Martins do Hospital Curry Cabral.

Em 10-05-06

Nº

TEXTO	DESPACHO
<p>Assunto: Autorização para a aplicação de um questionário a Enfermeiros do Hospital de Santa Maria, nos Serviços abaixo indicados:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bloco Operatório Central- Cirurgia 3- Neurocirurgia P.9- Serviço de Medicina Intensiva- Urgência Central- Urgência de Pediatria (UCIPED) <p>Vimos por este meio informá-la que está autorizada pela Sra. Enfermeira Directora, a realizar o questionário acima referido no Hospital de Santa Maria, nos Serviços acima referenciados, no âmbito do II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional da Saúde.</p> <p>Sem outro assunto.</p> <p>Com os meus cumprimentos.</p> <p style="text-align: center;">A Enfermeira Coordenadora do GFIE</p> <p style="text-align: center;"> Isabel Maria Pedro Martins Enf.ª Coordenadora do GFIE</p>	

Junta de S^{rs} Chefes
e Directores dos Serviços
colaboradores para informar

Alexandre Soares
Enfermeira Directora



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
ZONA CENTRAL

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Ernando
Alexandre Soares
02/07/03
Enfermeira Directora

Exma. Senhora
Enfermeira Directora
Ana Soares

Tendo sido efectuada a apreciação do Trabalho de investigação subordinado ao tema "As atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplantes", decidiu a Comissão de Ética para a Saúde, em reunião de 04.05.06, emitir o seguinte parecer:

"A Enfermeira Isabel M^a Martins exerce funções no Hospital Curry Cabral e está actualmente a frequentar o II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde da Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa.

Neste âmbito pretende desenvolver uma dissertação abordando as atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplantes, o seu grau de satisfação, as competências de enfermagem, bem como o conhecimento que têm da legislação vigente.

Seleccionou para a recolha de opinião os enfermeiros que trabalham nos Serviços envolventes em toda esta área ou seja, as Unidades de Cuidados Intensivos, as Unidades de transplantes e blocos operatórios que se disponham voluntariamente a colaborar tendo garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas.

Propõe aplicar um questionário dividido em 4 partes:

- a primeira tem como objectivo conhecer as características sócio-demográficas e profissionais dos enfermeiros;
- a segunda parte pretende, através da qualificação de 43 afirmações perceber os sentimentos que o pessoal de enfermagem desenvolve em relação a este tipo de trabalho, e avaliar assim o seu grau de satisfação profissional;
- o objectivo da terceira parte é avaliar os conhecimentos dos enfermeiros que trabalham na área de colheitas e transplante de órgãos através da qualificação de algumas afirmações como verdadeiras ou falsas.
- na quarta e última parte é pedida a opinião destes profissionais face à colheita de órgãos e transplantes, reconhecendo à partida que os enfermeiros não são todos iguais ao lidar com estas situações.

A análise das questões, a garantia de anonimato e confidencialidade das respostas, bem como o carácter voluntário da participação no estudo, não demonstra qualquer situação eticamente menos correcta.



**CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA**
ZONA CENTRAL

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Realça-se não haver alusão a contacto prévio com os Directores ou enfermeiros chefes dos serviços envolvidos.

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa dá parecer favorável à realização deste estudo."

Com os melhores cumprimentos.

Lisboa, 09 de Maio de 2006

**O Presidente da
Comissão de Ética para a Saúde**

(João Sá)

**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
ZONA CENTRAL
Comissão de Ética para a Saúde**

ANEXO XI
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

Caro(a) Colega,

Sou aluna do 2º Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde da Universidade de Évora com parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, e no desenvolvimento da dissertação, acerca das atitudes dos enfermeiros face à colheita de órgãos e transplantes, gostaria de ver respondidas algumas questões relacionadas com este tema.

Seleccionou-se para a aplicação do questionário, os serviços envolventes em toda esta área, ou seja, as Unidades de Cuidados Intensivos, as Unidades de Transplantes e os Blocos operatórios.

A sua participação no preenchimento deste questionário é fundamental para se poder conhecer o contributo que podem ter as variáveis em estudo.

A confidencialidade e o anonimato serão mantidos, por isso não assine por favor.

Após o preenchimento do questionário, coloque-o num envelope próprio que se encontra no gabinete do(a) enfermeiro(a) chefe.

Obrigada

Isabel Martins

Instruções de preenchimento:

Para o correcto preenchimento deste questionário deve colocar uma cruz sobre o quadrado que considere ser representativo da sua resposta.

Não há respostas incorrectas pelo que todas as respostas são válidas.
Há diferentes graus de resposta ao questionário

I PARTE

CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS

1. Género: FEM MASC

2. Idade: _____ Anos

3. Estado Civil: SOLTEIRO CASADO/U.FACTO
DIVORCIADO VIUVO

4. Grau Académico: CURSO GERAL BACHARELATO MESTRADO
LICENCIATURA DOUTORAMENTO

5. Tempo de Exercício Profissional: _____ Anos

6. Categoria Profissional: ENF ENF ESPECIALISTA
ENF GRADUADO ENF CHEFE

7. Equipa: COLHEITA TRANSPLANTE MANUTENÇÃO DADOR

8. Tempo de exercício na actual equipa: _____ Anos

9. Entrou nesta equipa por: CONVITE DISTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO
Não se aplica

10. Quando iniciou nesta área foi lhe feita integração?

NÃO

SIM ⇒ Durante quando tempo? _____ Semanas

11. Fez alguma formação específica nesta área?

SIM

NÃO ⇒ 12. Sente necessidade: NÃO

SIM ⇒ Em que aspectos: _____

13. Acha que os enfermeiros que trabalham nesta área precisam de apoio?

NÃO

SIM ⇒ Que tipo de apoio: _____

14. Que tipo de apoio existe na sua instituição?

NENHUM PSICOLOGO APOIO COLEGAS

OUTRO Qual: _____

15. É não dador: NÃO

SIM ⇒ Está inscrito no RENNDA: SIM NÃO

16. Algum familiar seu foi dador?:

NÃO

SIM ⇒ 17. Sabe que órgãos foram colhidos:

NÃO

SIM ⇒ Foram colhidos que órgãos:

Rins Coração Fígado Pulmões

Córnea Pâncreas

18. Tem algum familiar transplantado: NÃO

SIM ⇒ Há quanto tempo foi: ___ Anos

19. Que órgão (s) lhe foram transplantado:

Coração Rins Fígado Pulmões

Córnea Pâncreas

II PARTE
SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Pense no seu trabalho. Nesta parte estão 45 afirmações sobre sentimentos relativos ao trabalho. Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale a opção que melhor reflecte o que sente sobre o seu trabalho. Se nunca sentiu esse sentimento assinale "Nunca". Se já teve esse sentimento indique com um X a frequência, de acordo com a seguinte escala:

		Nunca	Raramente	Sem opinião	Muitas vezes	Sempre
ITENS		1	2	3	4	5
1	Tenho apoio por parte dos meus superiores hierárquicos					
2	Detenho poder ou autoridade no desempenho das minhas funções, a nível da instituição					
3	Sinto-me auto realizado profissionalmente no lugar que ocupo					
4	Existe oportunidade de ajuda, de colaboração e de cooperação com os outros profissionais					
5	Tenho oportunidade de participar nas tomadas de decisão do serviço					
6	No meu serviço existem recursos materiais suficientes					
7	A minha opinião é valorizada pelo en ^o -chefe					
8	Existe oportunidade de crescer e desenvolver nas actividades que realizo					
9	As minhas preocupações relativamente aos doentes, são aceites pelo medico					
10	Existe oportunidade de participar na organização do trabalho					
11	Tenho percepção de estar relativamente bem pago, tendo em conta a quantidade de trabalho executado					
12	A minha percepção da qualidade dos cuidados prestados é satisfatória					
13	Posso contar com o apoio humano por parte das chefias					
14	Existe oportunidade de realizar formação contínua no serviço					
15	Tenho reconhecimento pelo trabalho que desenvolvo na instituição					
16	Existe a possibilidade efectiva de participar na gestão do meu serviço					
17	Tenho a percepção de que estou relativamente bem pago, por comparação com as demais categorias profissionais					
18	No hospital os recursos humanos são bem geridos					
19	Posso contar sempre com en ^o -chefe					
20	Existe formação disponível no serviço					
21	Tenho autonomia nas minhas funções					
22	Os médicos valorizam o trabalho dos enfermeiros					

		Nunca	Raramente	Sem opinião	Muitas vezes	Sempre
ITENS		1	2	3	4	5
23	Pedem sempre a minha opinião para assuntos de gestão/organização do serviço					
24	A percepção de que a remuneração que me pagam pelo meu trabalho é compatível com padrão de vida que aspiro					
25	Os enfermeiros são encorajados a aprender novas coisas					
26	O equipamento está geralmente bem adaptado					
27	Os supervisores encontram-se regularmente com os enfermeiros para discutirem os seus futuros objectivos de trabalho					
28	As salas são bem ventiladas					
29	Estou satisfeito com a minha situação actual no serviço					
30	Estou satisfeito com o meu nível presente de envolvimento na tomada de decisão no trabalho					

III PARTE
CONHECIMENTOS

De seguida encontra uma série de afirmações que pretendem avaliar os conhecimentos dos enfermeiros que trabalham na área de colheita e transplante de órgãos.

Decida quais as afirmações que são verdadeiras e quais são as falsas.

Se pensa que a afirmação é verdadeira coloque um X no respectivo quadrado

Se pensa que a afirmação é falsa ou a maior parte das vezes é falsa para o seu ambiente de trabalho coloque um X no respectivo quadrado Se não tem a certeza se é verdadeira ou falsa coloque um X no respectivo quadrado

Por favor certifique-se que respondeu a todas as afirmações.

		Verdadeiro	Não Sei	Falso
ITENS		1	2	3
1	O DL que menciona as colheitas e transplantes é o DL 10/93 de 22/4			
2	Posso doar todos os órgãos quando morrer			
3	Existe um registo informático onde qualquer pessoa pode negar a doação de órgãos			
4	Todos nós somos potenciais dadores pós morte			
5	A família pode recusar a colheita de órgãos			
6	Pode fazer – se colheita num RN			
7	O marido pode doar órgãos à esposa enquanto dador vivo			
8	Um irmão pode doar a outro irmão			
9	Um menor de idade pode decidir a doação de órgãos para um irmão			
10	Os pais podem decidir se o filho deficiente deve doar ou não os seus órgãos			
11	Existe um seguro para o dador vivo			
12	O registo do RENNDA é efectuado nos Centros de Saúde			
13	Após a inscrição no RENNDA, passa automaticamente a ser não dador			
14	Antes de se efectuar a colheita é verificado a omissão do doente no RENNDA			
15	Todos os órgãos que são extraídos numa cirurgia podem ser aproveitados para um transplante			
16	Só é necessário certificação da falência cardíaca para que o indivíduo seja automaticamente um potencial dador			
17	Não é necessário o consentimento informado do receptor			
18	Se o indivíduo aceita ser dador vivo, pode mais tarde recusar formalmente			
19	O receptor tem direito a saber quem é/foi o seu dador			
20	Quando é necessário uma autópsia não é possível efectuar uma colheita			

		Verdadeiro	Não Sei	Falso
ITENS		1	2	3
21	São necessários 2 médicos não ligados ao tratamento nem à equipa de transplantes para certificar a morte cerebral			
22	Os antecedentes pessoais do dador não são importantes			
23	Quando existe um potencial dador, são realizados os respectivos testes de compatibilidade e é dado o alerta nacional			
24	O tribunal pode recusar um pedido de doação de dador vivo num menor, mesmo com autorização do poder paternal			
25	É necessário ter 3º grau de parentesco entre o dador vivo e o receptor para se efectuar a doação			
26	A colheita em dador vivo pode resultar numa integridade física e de saúde agravadas			
27	Todos os não dadores têm cartão de identificação			
28	O enfermeiro também colabora na tomada de decisão da colheita			
29	Para manter o dador é necessário vigilância na UCI			
30	A colheita é efectuada como intervenção cirúrgica normal			
31	O enfermeiro deve registar todos os trâmites desde a certificação da morte até à colheita de órgãos			
32	O enfermeiro é co-responsável pelo transplante			
33	Doentes com hepatite podem ser transplantados			
34	Doente transplantado nem sempre precisa de UCI			
35	Para ser dador vivo é necessário ter mais de 18 anos			
36	É unicamente da responsabilidade do enfermeiro a divulgação e promoção de medidas educativas em relação à doação de órgãos e ao RENNDA			

IV PARTE
ATTITUDES

Este inventário é composto por um conjunto de atitudes que os enfermeiros podem ter perante a recolha e transplante de órgãos. Os enfermeiros não são todos iguais a lidar com essas situações, por isso, gostaríamos de saber a sua opinião pessoal. Leia atentamente cada uma das afirmações que se seguem e decida até que ponto concorda ou discorda das mesmas.

Para cada uma das atitudes assinale a sua resposta com um X na coluna que acha melhor descrever a sua maneira de pensar. Pedimos-lhe que responda sincera e espontaneamente com base na sua maneira habitual de pensar ou agir e não no seu estado de espírito de momento. Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. O resultado do questionário é absolutamente confidencial .

Quando terminar verifique se respondeu a todas as questões.

		Não concordo	Concordo pouco	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
ITENS		1	2	3	4	5
1	O enfermeiro tem que saber gerir os seus sentimentos e apoiar os familiares do dador					
2	Trabalhar em serviços de recolha de órgãos é compensador					
3	Os enfermeiros devem ter um papel activo na informação da população sobre doação e transplante de órgãos					
4	Os procedimentos efectuados para declarar a morte cerebral são os necessários					
5	O desfecho da colheita de órgãos revolta o enfermeiro					
6	Há perda de identidade do indivíduo na colheita					
7	A dignidade humana, é muitas vezes esquecida durante a colheita de órgãos					
8	Fazer a colheita de órgãos é frustrante					
9	A certificação da morte cerebral é clara e explícita					
10	Não há dúvidas quando se certifica morte cerebral e possibilidade de ser dador					
11	O enfermeiro é também responsável na promoção sensibilização e divulgação de medidas educativas no processo de doação de órgãos e do RENNDA					
12	Lidar com transplantados é enriquecedor, pois significa que há sempre esperança ao fundo do túnel					
13	A transplantação é gratificante					
14	Quando a transplantação não corre bem, os enfermeiros também sofrem					

Muito obrigado pela colaboração

ANEXO XII
SYNTAX DOS OUTPUTS

SYNTAX:
OUTPUT

Frequencies - Dados sociodemog

SEXO
ESTADO CIVIL
GRAU ACADEMICO
TEMPO EXERCICIO
CATEGORIA PROF
EQUIPA
ENTRADA NA EQUIPA
FOI FEITA INTEGRAÇÃO
FEZ ALGUMA FORMAÇÃO ESPECIFICA
FEZ ALGUMA FORMAÇÃO ESPECIFICA * SENTE NECESSIDADE Crosstabulation
EM QUE ASPECTOS
ENFERMEIROS PRECISAM DE APOIO
QUE TIPO DE APOIO
QUE TIPO DE APOIO NA INSTITUIÇÃO
É NÃO DADOR
ESTÁ INSCRITO NO RENNDA
É NÃO DADOR * ESTÁ INSCRITO NO RENNDA Crosstabulation
ALGUM FAMILIAR FOI DADOR
SABE QUE ORGAOS FORAM COLHIDOS
ORGÃOS COLHIDOS
ALGUM FAMILIAR TRANSPLANTADO
QUE ORGÃOS
Statistics

Descriptives - Conhecimento

Frequencies - Conhecimento
nível de conhecimento por grupos

Reliability - Satisfação com 36 itens
SPSS text Output

Reliability - Satisfação com 34 itens
SPSS text Output

Reliability - Satisfação com 32 itens
SPSS text Output

Reliability - Satisfação com 31 itens
SPSS text Output

Factor Analysis a 8 factores
KMO and Bartlett's test
Communalities
Total Variance Explained
Component Matrix
Rotated component Matrix
Component Transformation Matrix

Factor Analysis a 6 factores
KMO and Bartlett's test
Communalities
Total Variance Explained
Component Matrix
Rotated component Matrix
Component Transformation Matrix

Factor Analysis a 5 factores
KMO and Bartlett's test
Communalities
Total Variance Explained
Component Matrix
Rotated component Matrix
Component Transformation Matrix

Reliability com 30 itens (satisfação)

SPSS text Ouput
Reliability satisfação
SPSS text Ouput
Factor Analysis a 5
KMO and Bartlett's test
Communalities
Total Variance Explained
Component Matrix
Rotated component Matrix
Component Transformation Matrix
Factor Analysis a 7
KMO and Bartlett's test
Communalities
Total Variance Explained
Component Matrix
Rotated component Matrix
Component Transformation Matrix
Factor Analysis a 8 factores (satisfação)
KMO and Bartlett's test
Communalities
Total Variance Explained
Component Matrix
Rotated component Matrix
Component Transformation Matrix
Factor Analysis a 6
KMO and Bartlett's test
Communalities
Total Variance Explained
Component Matrix
Rotated component Matrix
Component Transformation Matrix
Descriptives Grau de satisfação
Descriptives statistics
Frequencias Satisfação
Statistics

Reliability - com A40 itens
SPSS text Ouput
Reliability com A19 itens
SPSS text Ouput
Reliability com A18 itens
SPSS text Ouput
Reliability com A17 itens
SPSS text Ouput
Reliability com A 15 itens
SPSS text Ouput
Reliability - Atitudes com 14 itens
SPSS text Ouput
Factor Analysis - Atitudes a 4 factores
KMO and Bartlett's test
Communalities
Total Variance Explained
Component Matrix
Rotated component Matrix
Component Transformation Matrix
Factor Analysis a A3
KMO and Bartlett's test
Communalities
Total Variance Explained
Component Matrix
Rotated component Matrix

Component Transformation Matrix
Factor Analysis a A2
KMO and Bartlett's test
Communalities
Total Variance Explained
Component Matrix
Rotated component Matrix
Component Transformation Matrix
Descriptives - Atitudes
Descriptives statistics
Explore - Atitudes
Tests of Normality
Frequencies - Atitudes
Statistics

NPar Tests - Atitudes vs Género
Mann-Whitney test
Tests statistics
Means Atitude vs Género
Report

Means Atitudes vs entrada
Report
NPar Tests atitudes vs entrada
Kruskal-wallis
NPar Tests
Kruskal-wallis
Ranks
Tests statistics

Means Atitudes vs Formação
Report
NPar Tests Atitudes vs formação
Mann-Whitney test
Ranks
Tests statistics

Means Atitudes vs Integração
Report
NPar Tests Atitudes vs Integração
Mann-Whitney test
Ranks
Tests statistics

Nonparametric Correlations Atitudes vs Idade
Correlations

Nonparametric Correlations Atitudes vs Tempo na equipa/area
Correlations

Nonparametric Correlations Atitudes vs Conhecimento
Correlations

NPar Tests Atitudes vs Apoio
Mann-Whitney test
Ranks
Tests statistics
Means Atitudes vs Apoio
Report

NPar Tests Atitudes vs Equipa

Kruskal-wallis
Ranks
Tests statistics
Means Atitudes vs Equipa
Report

Nonparametric Correlations Atitudes vs satisfação
Correlations

ANEXO XIII
BASE DE DADOS E OUTPUTS (EM CD-ROM)