

Sara Isabel Loureiro Ramos

Opinião dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre
Cateterismo Venoso Periférico e Humanização de Cuidados

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Sara Isabel Loureiro Ramos

Opinião dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre
Cateterismo Venoso Periférico e Humanização de Cuidados

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Sara Isabel Loureiro Ramos

Opinião dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre Cateterismo Venoso Periférico e Humanização de Cuidados

Projecto de graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciada em Enfermagem.

Sumário

A cateterização venosa periférica como actividade interdependente de enfermagem, implica o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança entre enfermeiro e doente, baseada em cuidados de Enfermagem humanizados, e proporcionando a cada doente as melhores práticas de cuidados.

O tema do presente trabalho de investigação é Opinião dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre Cateterismo Venoso Periférico e Humanização de Cuidados. Os principais objectivos delineados são, conhecer a opinião dos alunos sobre a temática em estudo, identificar as dificuldades sentidas nesta área e perceber qual a importância que atribuem ao papel do Enfermeiro relativamente à humanização.

O método de estudo utilizado é qualitativo, de carácter descritivo exploratório e transversal. A população seleccionada é de 95 alunos, tendo sido seleccionada uma amostra de 7 participantes. Como instrumento de colheita de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que a maior dificuldade sentida pelos alunos no cateterismo venoso periférico é a falta de prática, a inexperiência confere-lhes medo de falhar e provocar dor, a relação de ajuda é um elemento de extrema importância por aumentar a confiança, e que esta em conjunto com a empatia, facilitam a adaptação dos doentes ao internamento e melhoram as práticas dos alunos. Concluiu-se também que na generalidade, os direitos dos doentes são respeitados, é o excessivo número de doentes atribuídos que minimiza o tempo dos enfermeiros e que dificulta a humanização. O REPE é de conhecimento geral para os alunos e imprescindível para ajudar os enfermeiros a regular as suas práticas

Summary

Peripheral catheterization in nursing is more than a independent activity, it involves a trustful and therapeutic relationship between the patient and the nurse, based on the humanization of nursing care to get good practices in each patient.

The theme of this research work is “the opinion of 4^o year nursing students from Fernando Pessoa University regarding the peripheral catheterization and the humanization of care.” The outlined goals are to know the students opinions about the subject under study, identify the difficulties in this area, and, trying to understand the importance they attach to the nurses role, regarding the humanization.

The study method used was qualitative, characterized as exploratory descriptive and transversal. In the beginning we choose 95 students after we selected a sample of seven participants. As an instrument for collecting data we used a semi-structured interview.

According to the results, the major experienced difficulty by the students regarding the peripheral catheterization was lack of practice. Inexperience gives them fear of failure and fear of causing pain to the patients. The aid relationship is an element of extreme importance, because he increase the confidence, and in conjunction with empathy, it facilitates the adaption of patients to the hospital and improves the practices of students.

We reached the conclusion that in general the patients rights are respected, it is the excessive number of patients assigned that minimizes the time that nurses have to take care of them, and hinders the humanization. The REPE is common knowled for the students and essential to help nurses to regulate their practices.

Agradecimentos

Aos colegas, pela sua disponibilidade e partilha das experiências, sem as quais esta monografia não teria sido realizada;

À Enfermeira Amélia José Monteiro pela disponibilidade incansável na orientação, e pela preciosa ajuda prestada no esclarecimento das dúvidas;

Ao Enfermeiro José Teixeira, pela ajuda a obter informações na fase inicial do estudo;

Aos restantes professores por todo o empenho e dedicação demonstradas durante estes quatro anos;

À Comissão de Ética da Universidade, pela disponibilidade prestada para obtenção da autorização para colheita dos dados;

Aos meus amigos, namorado, pais, irmão e avós, pela ajuda, incentivo, compreensão e apoio nas horas difíceis.

A todos, MUITO OBRIGADA e bem hajam.

Índice

| | |
|--|----|
| 0. INTRUDUÇÃO..... | 13 |
| I. FASE CONCEPTUAL | 15 |
| 1. Revisão da literatura | 15 |
| 1.1. Cateterismo venoso periférico..... | 15 |
| 1.1.1. Defenição de cateterismo venoso periférico | 15 |
| 1.1.2. Critérios de eleição para o cateterismo | 16 |
| 1.1.3. Complicações/flebite..... | 17 |
| 1.1.4. Diagnostico de infecção do local cateter venoso periférico..... | 18 |
| 1.1.5. Resposta inflamatória – fisiopatologia..... | 18 |
| 1.2. Suporte teórico ministrado aos alunos..... | 19 |
| 1.1.2. Norma de cateterismo venoso periférico..... | 19 |
| 1.3. Doença e internamento | 22 |
| 1.4. Cuidar em enfermagem | 24 |
| 1.5. Humanismo | 30 |
| 1.5.1. Significado Histórico e Cultural do Humanismo | 30 |
| 1.5.2. Definição de Enfermagem e seus Valores | 31 |
| 1.6. Relação de ajuda | 32 |
| 1.7. Código Deontológico dos Enfermeiros | 37 |
| II. FASE METODOLOGICA | 43 |
| 1. Finalidades e objectivos do estudo | 45 |
| 2. Tipo de estudo | 46 |
| 3. População | 46 |
| 4. Amostra | 46 |
| 5. Processo de amostragem | 47 |
| 6. Meio | 47 |
| 7. Instrumento de colheita de dados | 47 |
| 8. Pré-teste..... | 47 |
| 9. Entrevista..... | 48 |
| 10. Princípios Éticos..... | 49 |
| 11. Análise de dados | 50 |

| | |
|--|----|
| III.FASE EMPIRICA | 52 |
| 1. Apresentação dos resultados obtidos..... | 52 |
| 2. Análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos | 54 |
| 2.1. Competências técnicas | 54 |
| 2.2. Inexperiência | 58 |
| 2.3. Medo do doente e falta de confiança nos alunos..... | 60 |
| 2.4.Relação de ajuda | 63 |
| 2.4.1. Empatia e confiança | 64 |
| 2.4.2. Respeito pelos direitos dos doentes..... | 66 |
| 2.5. Visão holística do doente | 69 |
| 2.6. Falta de tempo dos enfermeiros | 70 |
| 2.7. Código deontológico dos enfermeiros | 75 |
| I.V. DISCUSSÃO DE RESULTADOS..... | 77 |
| V. CONCLUSÃO..... | 79 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 81 |

ANEXOS

Guião das Entrevistas

Entrevistas

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Categorias e Sub-categorias identificadas na análise de dados..... | 53 |
|---|----|

Abreviaturas

CVP - Catéter venoso periférico

UFP – Universidade Fernando Pessoa

Pag. - Página

0. Introdução

O tema escolhido para este trabalho foi “Opinião dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Licenciatura de Enfermagem da UFP sobre Cateterismo Venoso Periférico e Humanização de Cuidados”.

O presente estudo teve origem em algumas questões que foram surgindo enquanto aluna e futura profissional, durante os estágios realizados. A partir de questões que causaram alguma inquietação, decidiu-se então, explorar o ponto de vista dos alunos de enfermagem relativamente ao cateterismo venoso periférico e à humanização de cuidados. O facto de se verificar que o cateterismo venoso periférico é um acto realizado diariamente e em todos os serviços pelo qual os alunos passam, levou-nos a estudar as suas implicações uma vez que consideramos que este pode trazer desconforto para o doente mesmo que o seu quadro clínico se encontre estável. Cateterizar doentes ao longo dos ensinamentos clínicos é uma das práticas que os alunos de enfermagem mais temem falhar, pois carece de muita confiança e experiência. Sem esquecer que a cateterização venosa periférica é uma técnica que implica o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro, aluno de enfermagem e doente, de forma a maximizar a humanização dos cuidados.

Os cuidados prestados por enfermeiros implicam técnica, no entanto, devem centrar-se numa abordagem direccionada à pessoa, numa forma holística e repleta de sentimento humanitário. Seja de uma forma autónoma ou sob prescrição médica, o papel dos enfermeiros ganha ênfase por ser baseado em valores e princípios que se reflectem através da prestação de cuidados dos enfermeiros junto dos doentes, respeitando a pessoa cuidada, a sua saúde, e o alívio do sofrimento. Estes valores dizem respeito tanto aos enfermeiros e alunos de enfermagem que trabalham a nível hospitalar, como os que trabalham a nível de cuidados primários (Pauchet-Traversat *et al.*, 2003).

As questões de partida desta investigação foram: **“Qual a opinião dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre a relação entre cateterismo venoso periférico e humanização de cuidados?”**, **“Quais as dificuldades dos alunos nesta área?”**, **“Qual a importância que atribuem ao papel de Enfermagem relativamente à humanização?”** e **“Qual o seu conceito de humanização de cuidados?”**. Com a elaboração

deste estudo, pretendeu-se alcançar os seguintes objectivos, verificar a importância que os alunos atribuem à cateterização venosa periférica e humanização dos cuidados, quais as suas dificuldades, a percepção que têm da importância e contribuição da enfermagem para a humanização de cuidados de enfermagem, tendo como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes que cuidamos.

Neste trabalho efectuou-se um estudo segundo o método qualitativo, de características exploratórias, descritivas, e transversal. Foi utilizado um guião especificamente elaborado e objectivo para a colheita de dados, efectuada através da entrevista, que por sua vez foram tratados segundo uma abordagem qualitativa e serviram para se tirar conclusões deste estudo. Após o processo de amostragem, foi seleccionada uma amostra de sete alunos da população de alunos de Enfermagem, do 4º ano da UFP.

O presente estudo teve a duração de seis meses, uma vez que foi iniciado em Março de 2010.

De acordo com os resultados obtidos podemos verificar que é a falta de prática a maior dificuldade sentida pelos alunos, sendo a inexperiência o factor desencadeante do medo de falhar e de provocar dor ao doente. Foi referido que a relação de ajuda é crucial visto que aumenta a confiança aluno/doente. A empatia aparece como factor facilitador da adaptação dos doentes ao internamento, melhorando as práticas dos alunos. Salientou-se a importância do respeito pelos direitos dos doentes, e que o excessivo número de doentes atribuídos a cada enfermeiro minimiza o tempo dos enfermeiros e a humanização. O REPE foi mencionado como imprescindível para a regulamentação da prática de enfermagem.

I- Fase Conceptual

“A revisão da literatura permite apresentar o estado dos conhecimentos relativos a um problema de investigação.” (Fortin 1999, pag.86)

Este espaço é reservado à apresentação de definições, explicações e ideias devidamente fundamentadas, que formam a base teórica para o desenvolvimento deste estudo.

Segundo Fortin (1999), este conhecimento permite ao investigador apoiar-se em trabalhos de outros investigadores para prosseguir o seu trabalho. Assim, serão abordados os seguintes assuntos em diferentes capítulos: Cateterismo venoso periférico, doença e internamento, humanismo, cuidar em enfermagem, relação de ajuda e código deontológico.

1.1. Cateterismo Venoso Periférico

Segundo Pauchet-Traversat *et al.* (2003, pag.101) cateterismo venoso periférico é a “(...) introdução de um catéter ou de uma agulha numa veia (...)”, e embora esteja sujeito a prescrição médica é uma técnica impregnada de cuidados e avaliações de enfermagem, desde a preparação do doente antes da punção, passando pela vigilância CVP confirmando e garantindo o bom funcionamento e optimização do material, vigilância do local de inserção e existência de sinais inflamatórios, e a reacção do doente à terapêutica que eventualmente se encontre em perfusão.

1.1.1. Definição de Cateterismo Venoso Periférico:

“(...) es aquél cuya canalización se realiza através de una vena periférica.” (Álvarez, 2005, pag.19)

De acordo com Pauchet-Traversat *et al.* (2003, pag.101) a extracção do CVP

“(...) faz-se sistematicamente na presença de sinais locais de inflamação e no final do tratamento. A duração da colocação de um catéter ou de uma agulha deve ser a mais reduzida possível.”

Os objectivos durante o cateterismo venoso periférico são: (1) Punção venosa respeitando a norma asséptica; (2) Fixar o CVP à pele do doente, de forma a evitar exteriorizações, repuxamento na roupa e dor; (3) Controlar a permeabilidade do CVP, mantendo o acesso endovenoso para administração de soroterapia, terapêutica, alimentação entérica ou sangue; (4) Avaliar e prevenir complicações associadas à colocação e manutenção da via endovenosa (Smith-Temple e Johnson, 2000).

1.1.2. Critérios de eleição para o cateterismo:

Segundo Álvarez (2005, pag.20) “El critério de utilización de un tipo u otro estará determinado básicamente por:

- Edad, si tenemos en cuenta a los pacientes pediátricos
- Calidad y calibre de los accesos venosos
- Objetivo del uso
- Tiempo previsible de tratamiento
- Agresividad de las sustancias a infundir
- Características del propio catéter (material, longitud, calibre...).”

“Se recomienda tener en cuenta resultados de estudios que demuestran que no influye demasiado el groses del catéter en su mejor rendimiento, sino al contrario, en tanto que la longitud y el calibre del catéter guardan una directa relación con el riesgo de lesión vascular y aparición del flebitis mecánica. A mayor calibre del catéter, mayor riesgo de contacto con la íntima vascular; y a mayor longitud, mayor tracto venoso expuesto al riesgo potencial de lesión. ” (Álvarez 2005, pag.20).

1.1.3. Complicações / Flebite

A flebite é uma das complicações mais frequentes nos doentes cateterizados periféricamente em meio hospitalar. Flebite, é a inflamação de uma veia, que se deve a uma alteração do endotélio. Como em qualquer inflamação, esta complicação manifesta-se através dos comuns sintomas, dor, calor, rubor e edema.

“A flebite é definida como a inflamação de uma veia, devido a uma irritação química e/ou mecânica. A incidência da flebite aumenta conforme o período de tempo em que a linha EV é mantida no local, conforme a composição do líquido ou medicamento (especialmente seu PH e tonicidade).” (Smeltzer & Bare, 2002, pag.35).

A sua etiologia pode ser química, desenvolve-se flebite pela irritação do vaso venoso por onde perfundem soluções ácidas ou alcalinas. Ou, pode ter origem mecânica, surgindo pelo traumatismo (Regueiro *et al.*, 2005).

Segundo Regueiro *et al.*, (2005, pag.22)

“Son muchos los factores que se presume pueden influir en la aparición de flebitis, entre los que se encuentran la edad del paciente, el sexo, la patología de base, la unidad en la que se inserta el catéter, la habitabilidad en la técnica de inserción, el material de que está compuesto, el calibre de la cánula, el lugar anatómico de inserción, el tiempo de permanencia y el tipo de solución a administrar.”

“No se han encontrado diferencias significativas en la incidencia de flebitis según la edad, sexo y enfermedad de base.” (Regueiro *et al.* 2005, pag.22).

Em caso de flebite instalada ou apenas de aparecimento dos primeiros sinais/sintomas há que proceder à remoção do CVP, à desinfecção e protecção do local de inserção, e a nova cateterização venosa periférica num outro local anatómico (Regueiro *et al.*, 2005).

1.1.4. Diagnóstico de infecção do local do catéter venoso

“Actualmente o uso de cateteres intra vasculares tornou-se indispensável nas diferentes unidades de internamento hospitalar. O seu uso possibilita o acesso vascular necessário, porém expõe os doentes ao risco de complicações infecciosas locais e sistémicas. Os cateteres venosos periféricos são os dispositivos mais frequentes usados para o acesso vascular. Existem sérias complicações infecciosas que aumentam a mo que aumentam a morbilidade de forma acentuada, devido ao facto do seu uso frequente.” (Alexander M, *et al.*, 2002, pag.29).

“Os critérios de diagnóstico para infecção do acesso vascular incluem hemoculturas positivas, ou qualquer um dos achados: (a) identificação de infecção localizada a nível vascular; (b) cultura positiva, do vaso suspeito; (c) presença de drenagem purulenta a nível vascular, incluindo um dos sintomas: dor, calor e eritema.” (Alexander M, *et al.*, 2002, pag.51).

1.1.5. Resposta Inflamatória – Fisiopatologia

Sempre que ocorre uma lesão no organismo, os mecanismos de defesa não-específicos e alguns específicos são mobilizados para o local de agressão, a fim de proteger o organismo dos microrganismos e outros agentes agressores.

Para além da função protecção, o organismo também responde preparando o local agredido para a reparação da lesão. O estímulo lesante pode ser de vários tipos (traumatismo, neoplasia, frio, radiação, calor...), no entanto a resposta biológica do organismo é sempre a mesma. Contudo, pode haver maior ou menor envolvimento do sistema imunitário – resposta não-específica – dependendo do grau de lesão e da sua gravidade (Marek *et al.*, 2003).

Esta resposta inflamatória tem três fases importantes:

“A *resposta vascular* consiste em vasoconstrição transitória (resposta ao stress) seguida imediatamente de vasodilatação, e isso em resultado da libertação de substâncias químicas, como histamina ou quininas, no local da lesão ou da invasão.” (Marek *et al.*, 2003, pag.257).

Desta forma o aporte de sangue nesta área encontra-se aumentado provocando assim calor e rubor (Marek *et al.*, 2003).

Segundo Marek *et al* (2003, pag.257) a segunda fase do processo inflamatório é “(...) a *exsudação de fluidos*, a partir dos capilares para dentro dos espaços intersticiais, começa de imediato, atingindo o máximo da sua actividade 24 horas depois da lesão ou invasão.” “A tumefacção do tecido, do fluido para os espaços intersticiais, chama-se *edema*.”.

Por fim, a terceira e última resposta do processo inflamatório é a *exsudação celular*, que, de acordo com Marek *et al* (2003, pag.257) “(...) refere-se à migração dos leucócitos, através das paredes dos capilares, para o tecido afectado.”.

É durante esta fase que os neutrófilos, os monócitos e os linfócitos executam as suas tarefas de fagocitose e resposta a antigénio-anticorpo, respectivamente. É das enzimas proteolíticas libertadas pelos neutrófilos após a fagocitose que resulta o pus, conjunto de neutrófilos, bactérias e outras células mortas liquidefeitas pelas enzimas proteolíticas. Após estas fases, e graças ao processo inflamatório o tecido fica preparado para a cicatrização, os mediadores da cicatrização (fibroblastos) produzem fibras de colagénio e promove-se a regeneração dos tecidos, desta forma houve resolução da inflamação e formação de tecido cicatricial (Marek *et al.*, 2003).

1.2. Suporte teórico ministrado aos alunos

Aos alunos que frequentam a licenciatura em Enfermagem é ministrado ensino teórico e prático sobre cateterismo venoso periférico.

1.2.1. Norma de cateterismo venoso periférico

Define-se como um conjunto de técnicas interdependentes que permitem a administração de soroterapia, de terapêutica e a colheita de sangue, visando sempre o cuidado na prevenção de infecção. (Potter e Perry, 2006)

Entre as finalidades desta norma destacam-se a vertente preventiva, pela necessidade de implementar um rápido acesso endovenoso, a vertente terapêutica, uma vez que permite a antibioterapia, analgesia entre outras terapias que tratam de uma forma mais eficaz, e por fim,

a vertente diagnóstica, sendo um meio por onde se injecta o produto de contraste para serem efectuados exames complementares de diagnóstico. (Potter e Perry, 2006)

Os objectivos são, a administração de fluidos, de terapêutica e possibilitar a colheita de sangue, prevenindo sempre o surgimento de infecções. (Potter e Perry, 2006)

“A humidade constitui um veículo de desenvolvimento de bactérias, pelo que contamina o penso. O penso que não esteja aderente aumenta o risco de contaminação bacteriana do local de punção venosa ou a deslocação do catéter.” (Potter e Perry, 2006, pag. 434)

De acordo com o mesmo autor, as informações gerais sobre esta norma são:

- Confirmar a finalidade da técnica.
- Escolher o material adequado.
- Providenciar a iluminação apropriada.
- Respeitar a privacidade do utente.
- Cateterizar distalmente de forma a preservar o vaso sanguíneo.
- Evitar as zonas de flexão dos membros.
- Observar e palpar o vaso, verificando a localização, calibre e profundidade.
- Sempre que possível, cateterizar no membro não dominante do doente.
- Substituir os cateteres e respectivos locais inserção de quatro em quatro dias, de forma a prevenir a flebite.
- Evitar a administração de substâncias químicas irritantes.

- Verificar sempre a permeabilidade do CVP antes de administrar terapêutica.
- Retirar o CVP aquando a presença de flebite e/ou sinais de infecção.
- O tratamento ao local de inserção do CVP deve ser efectuado de 48/48 horas e sempre que seja necessário; Em doentes imunodeprimidos deverá ser realizado de 24/24 horas.
- Os locais mais comumente cateterizados são os dorsos das mãos, os antebraços e os braços.

Como material necessário para executar a técnica temos um tabuleiro com, material de tricotomia e material para higienizar a pele (se necessário), um garrote, luvas limpas, catéter nº16 ou nº 18G, adesivo, compressas esterilizadas, solução para assépsia da pele e por fim o contentor cara cortantes e perfurantes. Dependendo do intuito do cateterismo, poder-se-á levar o sistema de soros, o soluto para colocar em perfusão, o obturador, as seringas com medicação preparada ou material de colheita sangue. (Potter e Perry, 2006)

As intervenções de enfermagem preconizadas para esta norma, segundo o referido autor, são:

1. Confirmar a prescrição.
2. Executar a técnica de lavagem higiénica das mãos.
3. Identificar o doente correctamente, explicando-lhe o procedimento.
4. Garrotar 15 a 20 cm acima do local anatómico a cateterizar, após o mesmo ser seleccionado.
5. Proceder à assépsia da pele com compressa esterilizada e solução desinfectante, com movimentos circulares do centro para a periferia.

6. Calçar as luvas.
7. Cateterizar a veia com o bisel da agulha virado para cima, em ângulo de 25 a 45° com a pele, ao cateterizar diminuir o ângulo para 10 ou 20°.
8. Verificar se o CVP está correctamente colocado, através da presença de refluxo de sangue.
9. Retirar o garrote.
10. Fixar cateter e proteger o local de inserção do catéter.
11. Proceder à lavagem higiénica das mãos.

Após a execução da norma de cateterismo venoso periférico, procede-se aos registos dos procedimentos efectuados, no que diz respeito a data, hora e local anatómico de inserção do CVP. As características do local cateterizado também são um dado a registar inequivocamente. Regista-se o calibre e o tipo de catéter, bem como a heparinização ou não do mesmo. (Potter e Perry, 2006)

1.3. Doença e Internamento

"Perante a complexidade que é a pessoa, o adoecer humano é sem dúvida também ele um processo ou acontecimento complexo" (Coelho, 2000, pag.174).

O internamento afecta o indivíduo na sua totalidade, e este atribui-lhe um significado pessoal. Cada pessoa, como ser único, vivencia a situação de doença e internamento de forma particular e característica, uma vez que esta se apresenta como uma ameaça directa à sua autonomia e liberdade. Mesmo o internamento de curta duração é sempre acompanhado de um processo de adaptação bastante custoso. Hospital é definido como uma instituição onde as pessoas podem obter serviços de saúde relacionados com o diagnóstico e cura das doenças e também como reabilitação de determinadas incapacidades transitórias (Coelho, 2000).

De uma forma geral o internamento produz no doente uma ameaça à vida, à saúde e à integridade física, experimentando sensações desagradáveis, juntamente com a frustração dos seus planos. O doente encontra-se num meio desconhecido, no qual sente que vai perdendo a identidade e normas da sua rotina diária. É certo que a experiência de internamento e a impressão que dela se tem variam de indivíduo para indivíduo; porém, a novidade do ambiente hospitalar e as suas rotinas e o receio perante o desconhecido são obstáculos que se impõem a todos os indivíduos. Aquando da sua chegada ao Hospital, o paciente traz sempre expectativas pessoais (Coelho, 2000).

"Traz não só a doença e todos os problemas que esta cria na sua vida mas também as suas fantasias e receios e a sua ideia pessoal do que é o hospital" (Coelho, 2000, pag.175).

Segundo o mesmo autor, a hospitalização, porque foi motivada por uma doença e porque exige uma mudança de ambiente e a adaptação ao mesmo, corresponde a um acontecimento significativo, gerador de ansiedade, stress e medo. A doença não representa apenas uma disfunção orgânica, pois, como refere Coelho (2001, pag.175), "(...) abrange a experiência vivida pelo sujeito particular no seu contexto sócio-cultural".

A doença e a hospitalização, pelo stress que provocam, representam uma série de perigos, dos quais sobressaem:

"(...) ameaça à vida e à integridade corporal; exposição à vergonha; desconforto devido à dor, frio, cansaço e alteração na alimentação; privação de satisfação sexual; restrição de movimentos; isolamento; risco de alterações financeiras; rico de antipatia ou rejeição dos outros devido à sua situação; incerteza quanto ao futuro; separação da família e amigos; dependência de outros para o bem-estar." (Cabete, 1999, pag.34).

Herbsole (1985), citado por Cabete (1999, pag.34), afirma que

"(...) o internamento constitui para o doente uma verdadeira situação de crise, resultante de várias outras situações de crise: doença, confrontação com a própria morte e com a duração limitada da vida, deslocação, perturbações da rotina quotidiana".

Deste modo, para os doentes internados,

“(…) a separação do seu meio familiar, a doença, o medo da dor, do desconhecido, do futuro e da morte fazem desta vivência mais uma crise que é preciso gerir”, como refere (Cabete, 1999, pag.24).

Os enfermeiros devem empenhar-se em facilitar a adaptação do doente hospitalizado às mudanças físicas, sociais e psicológicas. É igualmente

“(…) uma época onde as pessoas adoecem mais, mais rapidamente e, quando adoecem demoram mais tempo na sua recuperação” (Zimerman, 2000, pag.22).

Uma relação enfermeiro / doente aberta e que percepcione o indivíduo como um todo são contributos decisivos para minimizar os efeitos adversos do internamento.

1.4. Cuidar em Enfermagem

“CUIDAR...

- acompanhar nos momentos difíceis da vida...

- permitir transpor um limiar, ultrapassar uma etapa...

Mas é necessário ser capaz de o viver... É ainda necessário ser capaz e ter a coragem de o fazer reconhecer.” (Collière, 2001. pag.18)

Este capítulo dedica-se à prática dos cuidados, na perspectiva do verdadeiro cuidar, quer na doença, quer na saúde. Repensando nas bases e nas preocupações que temos com a qualidade e com a evolução destes cuidados.

“A expressão *cuidar* – que não deve ser confundida com *prestar cuidados* – diz respeito a todos os profissionais de saúde, ou não, que se consideram *prestadores de cuidados* ou seja, que dedicam atenção às outras pessoas com a intenção de as ajudar nas situações de vida próprias dessas pessoas. “ (Hesbeen 2001, pag.16).

“Cuidar é o coração e a essência da enfermagem” (Leninger (1991), citado por Anjos 1998, pag.174).

“Na realidade, muitos profissionais (...) podem, quer por hábito, quer pontualmente, exercer a sua profissão sem, por várias razões, cuidarem ou estarem verdadeiramente atentos à singularidade da pessoa à qual se dirigem. Nesses casos estão a prestar cuidados e não a cuidar.” (Hesbeen, 2001, pag.17)

Apesar desta ser uma ajuda que, não sendo subestimada, apresenta à partida diversas limitações, pois as acções e as práticas exercidas dirigem-se apenas ao corpo e não à pessoa, ao seu todo.

O cuidar enquanto característica inerente ao ser humano, assume-se como uma componente integrante da sua essência, o que determina a forma como cada Ser humano se situa perante a vida, a si próprio e aos outros (Mendes, 1995).

“Cuidar, é um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para suprimir as suas necessidades vitais.” (Santos, 2002).

Os cuidados de enfermagem acompanharam desde sempre a história e a evolução da humanidade. Collière (1989, pag.28) reitera que

“(…) garantir a sobrevivência era — e continua a ser — um facto quotidiano, donde uma das mais velhas expressões da história do mundo: tomar conta”.

Para Collière (1989, pag.235),

“(…) cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”.

De acordo com Hesbeen (2000), “Cuidado” é uma palavra repleta de significado, contudo actualmente vago, demasiadamente usada sem ser aplicado o seu verdadeiro sentido. Nos dias que correm “cuidado”, “cuidar”, “prestar cuidados”, “cuidar de”... são expressões usadas

indevidamente, pois estes cuidados de que se fala podem ser a plantas, a alguém, a animais, a colecções... a qualquer ser ou objecto pelo qual se nutra afeição, carinho, pelo qual haja preocupação.

“A expressão «take care» é muitas vezes usada pelos anglófonos no fim de uma carta ou para terminar uma discussão, testemunhando o interesse que se tem pelo outro, convidando-o a ter cuidado consigo próprio” (Hesbeen 2000, pag.9).

Assim, de acordo com o mesmo autor, banaliza-se o cuidar, e falar do conceito de “cuidar” como um valor e não como uma verdade científica, permite a cada um com muita facilidade dar o valor que mais lhe convém, consciente ou inconscientemente, desviando-se da verdadeira perspectiva de cuidar.

“Cuidar é uma arte, (...) consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.” (Hesbeen 2000, pag.37).

Seguindo a mesma linha de pensamento de Hesbeen, os profissionais de enfermagem são os principais agentes referenciados no cuidar, devido a todos os conhecimentos, meios e suportes de ajuda que podem prestar aos doentes. Não que o cuidar, não diga respeito a outros profissionais de saúde, no entanto, são os enfermeiros que têm a missão (numa perspectiva profissional) de cuidar, de prestar cuidados, de contribuir para o bem-estar, de prevenir complicações, de ajudar, de esclarecer, de contribuir com atenção, de apenas permanecer junto à pessoa a ser cuidada...usando sempre, e incontornavelmente as características da própria profissão. Os enfermeiros, pelo papel que têm junto da população são agentes privilegiados para executar, desenvolver e dar sentido ao “cuidar”, permitindo a evolução deste mesmo conceito, agregado sempre a uma estrutura de cuidados. A prestação de cuidados, como já foi referido pode ser executada por várias classes, e até pelas próprias famílias aos seus familiares doentes, no entanto, o que os distingue dos enfermeiros é a perspectiva de cuidar, que altera à partida as acções de cada um. Desta forma, o que conta não é apenas actuar, mas sim o conteúdo da acção que se desenvolve. Perspectivando a atenção à pessoa, dando maior significado aos cuidados prestados, e situando os actos de enfermagem numa dimensão mais profundamente humana (Hesbeen, 2000).

Parece-nos útil reforçar a ideia de que a classe de enfermagem tem ao seu dispor oportunidades e benesses extras da natureza da própria profissão, que pouco tem de quantitativo. Assim, é oferecido à Enfermagem um maior espaço de actuações junto dos doentes, preenchendo as suas acções e cuidados com atenção e humanização, para que esta arte não tenha limites qualitativos e para que as regras científicas não a tornem vazia (Hesbeen, 2000).

“Quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, *as enfermeiras e os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas.*” (Hesbeen 2000, pag.47).

“Porque os cuidados de enfermagem são assim, compostos de múltiplas acções que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de «pequenas coisas» que dão a possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares, ao longo das vinte e quatro horas do dia.” (Hesbeen 2000, pag.47).

A preocupação e a disponibilidade do profissional de Enfermagem com o outro é demonstrada pela atenção e pelo valor que dá aos gestos, ás “pequenas coisas”, tendo uma participação activa no bem-estar dos seus doentes. Contribuindo de uma forma essencial com essas “pequenas coisas” para a saúde dos indivíduos e para dar vida e sentido à Enfermagem. Assim, o “cuidar” deve ser valorizado aos olhos de todos os profissionais e cidadãos, não somente dos enfermeiros. Da mesma forma que se deve reconsiderar o sentido que é dado apenas aos cuidados de enfermagem, pois não são somente os enfermeiros que têm de humanizar através dos cuidados que prestam diariamente. Cuidados estes que devem ser prestados em todas as restantes profissões na área da saúde (Hesbeen, 2000).

De acordo com Hesbeen, os cuidados de enfermagem sofrem tanto a nível social como a nível de valorização qualitativa da verdadeira essência da enfermagem.

“Os cuidados de enfermagem são duplamente vítimas da sua própria natureza. Por um lado, porque são «cuidados» e porque o contexto social, bem como o sistema dito de cuidados, não é verdadeiramente propício à valorização da atenção singular prestada à pessoa. Por outro lado, porque são «de enfermagem» e atestam um conteúdo que, apesar das tentativas para os tornar mais ou menos sofisticados científica e tecnicamente, não

pode mascarar por muito tempo a sua componente mais importante, a sua realidade profunda, a de tantas «pequenas coisas» tão úteis, que não são espectaculares ou, se o são, são-no muito pouco, que estão repartidas pelas vinte e quatro horas do dia e têm uma aparência tão insignificante que muitas vezes parecem secundárias no ambiente técnico-científico que caracteriza aquilo a que se chama o mundo da saúde.” (Hesbeen 2000, pag.47).

O cuidar baseia-se numa verdadeira interacção. A acção de cuidar está dependente dos conhecimentos, motivações e valores de quem cuida para com quem é cuidado. Pois ao cuidarmos, sentimos compaixão, somos solidários, ajudamos e potenciamos o sentido de “fazer o bem” (Vila e Rossi, 2002).

“Os tratamentos que têm por alvo o que lesa o organismo não podem nem devem em nenhum caso substituir os cuidados, sem os quais as capacidades de viver não podem ser mantidas, nem permanecer.” (Collière 2001, pag.180).

Por serem invisíveis, será praticamente impossível, fazer com que os cuidados (que não são tratamentos) sejam reconhecidos, quer a nível institucional, social ou económico, sem antes se explicar a natureza dos mesmos.

Segundo Collière (2001, pag.187) “(...) por natureza dos cuidados entende-se o que caracteriza o ou os tipos de cuidados a prestar ou a executar de acordo com a ou as finalidades que se propõem a atingir.”. Desta forma, entendemos que vulgarizar o conceito de cuidar e a sua natureza, faz com que a mesma varie, alterando o seu rigor. Assim, a natureza dos cuidados relaciona-se não com a prática global mas sim com as várias finalidades que pretendemos atingir, assegurando assim os cuidados prestados e a principal intenção a alcançar com os mesmos. “Designar os cuidados em função da sua finalidade permite esclarecer o que se pretende atingir.” (Collière 2001, pag.188).

Contudo, não podemos determinar a natureza dos cuidados ao acaso, de acordo com Collière (2001, pag.188) é necessário

“(...) aprender a tirar partido do que se observou e escutar para conseguir descrever, identificar, discernir as manifestações, indicando as capacidades a despertar, ou as deficiências que afectam as funções biológicas

e/ou psicossociais, os compromissos e/ou as diminuições funcionais e as perturbações afectivas a ser aliviadas...compensadas...”.

Ter esta linha de pensamento e actuação, implica uma análise sistemática, que embora não seja cem por cento rígida, carece de toda a precisão e rigor, pessoal e profissional. Torna-se então importante perceber em toda a sua dimensão se se trata de uma mulher, de um homem, de uma criança ou de um idoso, quais os factores desencadeantes da incapacidade, quais as consequências, as expectativas, a motivação... só assim a natureza dos cuidados que prestarmos terá a finalidade pretendida, que será fisiológica e sócio-afectiva, simultaneamente, sem haver sobreposições ou prevalecimentos. No entanto, de acordo com as situações e necessidades singulares de cada doente, uma pode-se tornar prioritária, ou até mesmo ganhar um carácter mais intenso. Mas, nenhuma finalidade que determine a natureza de um tipo de cuidados se pode considerar de uma forma isolada, terá de ser pensada na complementaridade das outras finalidades. Pois não existe lógica em nenhum tipo de cuidado se não ligarmos o que motiva a sua execução, ás vivências do doente, ás consequências dos cuidados e aos recursos ambientais e pessoais que se podem oferecer ao doente (Collière, 2001).

“Este discernimento do que há a ter em conta para determinar a natureza dos cuidados representa o diagnóstico em que se fundamenta a decisão da natureza dos cuidados a assegurar, em relação com as finalidades a atingir. Este diagnóstico, estabelecido a partir da análise da situação, análise que não pode ficar estática no tempo, serve de base à estimativa dos efeitos terapêuticos dos cuidados, em função da gravidade e do que há a ter em conta, temporária ou definitivamente.” (Collière 2001, pag.189).

Segundo a mesma autora,

“ (...) pertence à função de enfermagem elaborar, não a partir de uma tipologia classificatória mas do esclarecimento baseado na dinâmica de um pensamento construtivo que não receia o desconhecido do outro, este diagnóstico dos cuidados vitais a assegurar quando alguém, devido a doença..., acidente..., velhice..., sofrimento... deixou de ter a possibilidade de SE CUIDAR.”

1.5. Humanismo

“Este progresso de que é autor e fator o homem, torna a vida sobre a Terra, em todos os aspectos mais humana?” (Papa João Paulo II 1982).

Segundo Niethamer cit in Carvalho (1996, pag.12)

“(…) o humanismo deriva directamente dos termos ciceroniaros “humanas” e ”humanitas”. Designa este último três coisas: a característica que define o homem, como homem; aquilo que vincula um homem a outro homem e aos homens em geral (...) aquilo que forma o homem como homem.”

De acordo com Antunes cit in Carvalho (1996, pag.12)

“(…) o humanismo, no seu significado ideal, designa uma concepção do mundo e da existência (...) tende a ver no homem um ser de necessidades que é preciso satisfazer, de capacidades técnicas que é preciso desenvolver e saber usar os instrumentos de comunicação que a ciência aplicada criou (...) o autêntico humanismo só existe na medida em que assume o homem na integralidade das suas funções e das suas potencialidades.

1.5.1. Significado Histórico e Cultural do Humanismo

Na época romana, para o humanismo a sabedoria era, o fim ideal para o homem. Refere Grimal cit in Carvalho (1996, pag.24) “o aperfeiçoamento interior que conduzia à prática das grandes virtudes, de justiça, de energia, de coragem perante a morte (...) Do equilíbrio entre a sabedoria e a cultura ser-se-ia plenamente homem.”

Mendes cit in Carvalho (1996, pag.24) afirma,

“(…) o ideal será harmonizar a formação humana com a científica (...) o que se tornou cada vez mais difícil com o desenvolvimento das ciências teóricas e aplicadas.”

“Pensar, educar e ensinar, em termos de direitos humanos e em termos de fé na dignidade da pessoa, é ter presente que o humanismo liga o passado ao presente, não pertence à história recente, nem se esgotou nas origens.” (Carvalho 1996, pag.25).

1.5.2. Definição de Enfermagem e seus Valores

Sousa *et al* cit in Carvalho (1996, pag.27) define,

“(...) a enfermagem é essencialmente relação de ajuda, marcada pelo dinamismo e preocupação com outros no interior da qual os enfermeiros ajudam o cliente (indivíduo, família, comunidade) a atingir e a conservar o melhor estado de saúde possível.”

Para Nutting cit in Carvalho (1996, pag.26):

“Devemos compreender e reafirmar que a enfermagem é uma das artes mais difíceis (...) a compaixão pode ser o motivo, mas o conhecimento é a nossa única força de trabalho.”

Embora os conceitos de Enfermagem variem ao longo dos anos, de acordo com os pontos do mundo, com as leis, com as culturas e as condições, não é de descuidar, nunca, a atenção a prestar ao doente no seu todo, a preocupação em resolver as suas necessidades básicas, a disponibilidade para ouvir os seus medos, desejos e anseios, bem como o respeito magistral a ter pela sua dignidade humana e pelos seus direitos. Esta dimensão vastíssima da actuação de enfermagem deve ser posta em prática, sempre com o maior respeito pela liberdade de cada um, bem como pela sua cultura, religião, crenças e valores éticos (Carvalho, 1996).

Os valores também dependem de todos estes factores, e a interpretação dos mesmos é feita por cada um de acordo com os valores éticos inerentes a cada um. As escalas de valores têm limites diferentes em termos mundiais, uma vez que dependem da padronização cultural de cada sociedade, que interferirá com a dimensão cognitiva e afectiva de cada um. Daí a relatividade do conceito de valor, torna-se então uma qualidade do Ser (Carvalho, 1996).

De acordo com o Código Deontológico (1998, pag. 62):

“São valores universais a observar na relação profissional: (a) a igualdade; (b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; (c) a verdade e a justiça; (d) o altruísmo e a solidariedade; (e) a competência e o aperfeiçoamento profissional. ”

O mesmo autor (1998, pag.62) afirma que: “A palavra “valor” costuma ser aplicada apenas com um sentido positivo, mas o valor é tudo aquilo sobre o que recai o acto de estima (positiva ou negativa).”

Refere ainda que:

“Na generalidade, os valores são critérios segundo os quais valorizamos ou desvalorizamos as coisas e expressam-se nas razões que justificam ou motivam as nossas acções, tornando-as preferíveis a outras. Por isso se afirma que os valores se reportam a acções e as justificam – são conceitos que traduzem as nossas preferências.”

1.6. Relação de Ajuda

“ Fala-se melhor ao coração pelos olhos do que pelos ouvidos. É preciso complementar a fria empresa da palavra.” (Jean-Jaques Rousseau em Annick Oger-Stefanink, 1987).

“ Crer que a eficácia dos cuidados de Enfermagem depende da qualidade da relação Enfermeiro/Outro equivale a aceitar quão difícil é ser, verdadeiramente, Enfermeiro.” (Santos, 2002).

Segundo Phaneuf, (1995, pag.3)

“As competências de enfermagem baseiam-se em primeiro lugar nas qualidades pessoais da enfermeira, as que fazem dela uma pessoa à escuta, atenta ao que se passa com o doente e capaz de decisão, de acção e de **empatia**. Mas competência rima com segurança: a da enfermeira confiante nas suas capacidades pessoais, na sua compreensão do problema e nos seus meios para resolver. (...) Assim, a competência aplicada ao domínio de enfermagem comporta duas exigências principais: a mobilização das capacidades pessoais da enfermeira, e a mobilização dos seus saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem.”

A mesma autora define ainda, empatia, como “compreensão profunda da prestadora de ajuda pelo que a pessoa ajudada vive. Ela percebe a situação como se estivesse no lugar da outra.”

“Ser empático significa ser capaz de penetrar no universo do Outro sem julgamento, tomando consciência dos seus sentimentos, sem no entanto deixar de respeitar o seu ritmo de descoberta de si próprio.” (Santos, 2002)

Apesar da comunicação e da relação de ajuda serem dos factores mais importantes da humanização de cuidados, o aparecimento de novas formas evoluídas de tratamento fascinou em grande parte os profissionais de enfermagem, que se deixaram levar pela magia das novas tecnologias, negligenciando o trabalho relacional com os doentes, que tanto os ajuda. Por nem sempre estarmos despertos para o valor que esta relação tem caímos na relação automática com o doente. Sem percebermos que deveria ser a relação o motor das intervenções, até por sermos os profissionais do ramo da saúde que mais tempo passamos junto dos doentes, às suas cabeceiras. Desta forma, as relações que estabelecemos com os doentes tornam-se impessoais, vêem-se os doentes como coisas, como doenças, como números de cama, e nega-se-lhes o direito de serem vistos como sujeitos, e receberem cuidados de qualidade. Assim, transformam-se os cuidados de enfermagem em conjuntos de gestos mecanizados, sem significado terapêutico, sem estabelecimento de relação enfermeiro/doente, desumanizando os mesmos e retirando personalidade à classe de enfermagem (Phaneuf, 1995).

De acordo com a mesma autora, (pag. 12),

“(…) a presença, a escuta e a palavra da enfermeira, que favorecem na pessoa cuidada a evolução e a capacidade de tomada de cargo da sua saúde física e mental, fazem parte integrante dos cuidados de enfermagem. (...) A relação de ajuda é aliás um processo que visa essencialmente a tomada de cargo de si própria pela pessoa cuidada e não pela enfermeira.”

“São atitudes fundamentais na relação de ajuda, por parte do Enfermeiro, a empatia, o respeito, a autenticidade, a especificidade, a imediatidade, a confrontação, a atenção, a objectividade, a capacidade de escuta e a franqueza.” (Santos, 2002)

“A grande diferença entre a relação de ajuda e a relação empática é que a relação de ajuda é uma comunicação que visa a modificação de atitude enquanto que a relação empática é uma comunicação que faz parte do próprio processo.” (Carvalho 1996,pag.132)

“A compreensão empática está presente quando o Outro se sente não só aceite mas também compreendido na sua globalidade.” (Santos, 2002)

“Escutar é constatar, através do sistema auditivo estimulado, mas é também aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das percepções externas e internas.” (Lazure 1994, pag.15)

Havendo necessidade de resolver um problema, é essencial a existência de uma comunicação sem limites entre quem ajuda e quem precisa de ser ajudado. É desta forma que se entra no caminho de uma relação de ajuda, formal ou informal que, neste caso, ajudará o doente a encontrar uma solução (Lazure, 1994).

Lazure (1994) enumera os seguintes objectivos da relação de ajuda:

- Ultrapassar uma suposta provação
- Encontrar o funcionamento pessoal satisfatório
- Resolver a situação actual potencialmente problemática
- Encontrar o sentido da sua existência

“A aliança terapêutica é o ponto de ancoragem do acompanhamento, e é assegurada a partir do momento em que o Enfermeiro se centra na pessoa cuidada, a acolhe, a escuta com disponibilidade e calor, criando-lhe assim um espaço para exprimir as suas dúvidas, os seus sentimentos e os seus desejos, para relaxar, ou simplesmente...para existir.” (Santos, 2002)

A relação de ajuda em enfermagem caracteriza-se por ser direccionada para cada indivíduo em particular, tendo em conta todas as suas especificidades. Desta forma, as expectativas, os tempos, as durações são diferentes de doente para doente, de situação para situação de acordo com as necessidades de cada um (George, 1993).

Adam (1994, pag.91) ressalva que

“(…) seja qual for a concepção que oriente a enfermeira nas suas actividades profissionais, a relação de ajuda é indispensável, a ponto de qualquer esquema de referência conhecido se revelar inútil, se não existir essa relação.”

Hildegard Peplau desenvolveu em 1952 um modelo de enfermagem que se baseia na relação interpessoal, por a interacção decorrer no mínimo entre duas pessoas com objectivos comuns, e que assume que o auto-conhecimento profundo de cada enfermeiro e a capacidade de se analisar são aspectos imprescindíveis para o enfermeiro se tornar num elemento terapêutico que tem de representar na relação de ajuda (Peplau, 1952).

Assim, George (1993, pag.56) identifica quatro fases diferentes da relação de ajuda, baseadas na teoria de Peplau: “(a) Fase de orientação; (b) Fase de identificação; (c) Fase de Exploração; (d) Fase de Resolução.”

(a) Fase de Orientação:

Segundo Martins (2006, pag.25)

“(…) o enfermeiro deve desde o início transmitir ao doente um sentimento de confiança, de respeito, autenticidade, compreensão e empatia, pois o êxito da relação depende do clima que se instaura no primeiro encontro.”

(b) Fase de Identificação:

Nesta fase compete ao enfermeiro, deixar que o doente estabeleça estratégias, explore os seus sentimentos e pondere prioridades, de forma a que perceba como irá conseguir atingir os objectivos (George, 1993).

Como disse Martins (2006, pag.26) “(...) o enfermeiro deverá manter as atitudes relativas à primeira fase, mas demonstrando-as de forma mais convicta e marcada.”

(c) Fase de Exploração:

No decorrer desta fase é criada a forma de ajudar o doente a criar comportamentos que resolvam os seus problemas, no entanto, há que respeitar o tempo, o ritmo de cada doente.

“O enfermeiro tem de ser paciente, fazer com que o doente não veja na relação de ajuda apenas uma forma de compensar a solidão.” (George 1993, pag.59)

O enfermeiro deve então, motivar o doente a criar os seus mecanismos de actuação, compreendê-lo e apoiá-lo (George, 1993).

(d) Fase de Resolução:

Nesta fase, o doente e o enfermeiro já caminham paralelamente há muito tempo, os encontros devem manter-se regulares, e a forma de ajuda eleita deve ser mantida (George, 1993).

Segundo Martins (2006, pag. 27)

“(…) o enfermeiro deve avaliar com o doente aquilo que foi conseguido durante a relação, encorajar o doente para exprimir aquilo que sente relativamente ao mal da relação, verificar com o doente se todos os objectivos foram alcançados, ajudar o doente a fazer uma transparência positiva com o outro interveniente, despedir-se do doente.”

1.7. Código Deontológico

O Código Deontológico é o pilar magistral para os enfermeiros e para as suas práticas recorrentes. É no nosso código que se encontram descritos os deveres que temos como profissionais, relacionados com os direitos dos cidadãos a quem dirigimos os cuidados que prestamos como enfermeiros. Bem como as responsabilidades que a nossa profissão nos incute (Código Deontológico, 1998).

“A defesa e o pugnar pela criação de mecanismos conducentes à regulamentação e controlo do exercício profissional levaram à criação da Ordem e à “adaptação de um código deontológico e de um estatuto profissional e, por esta via garantam a qualidade dos cuidados de enfermagem”.” (Código Deontológico, 1998, pag.19)

A Ética sobressai na enfermagem através da reflexão sobre o agir, a acção humana. Os padrões da ética têm por base a preocupação com o bem-estar dos que nos rodeiam, dos doentes, dos seres humanos. Desta forma não é suficiente uma formação científica e técnica com uma excelente qualidade, pois segundo Horta cit in Código Deontológico (1998, pag.17) “somos gente que cuida de gente”. Por este motivo, a nossa personalidade, a qualidade que temos enquanto seres humanos e a capacidade humanizadora, são aspectos de importância maior.

Já a Deontologia, leva-nos para a necessidade de que hajam determinadas características que regulem a profissão. Que nos diga como nos devemos comportar na qualidade de enfermeiros perante as várias situações que possam ocorrer na nossa vasta área de acção. A deontologia preocupa-se em corrigir a acção, mostrando prática e imperativamente como “o profissional deve” fazer (Código Deontológico, pag.15).

Na área deontológica pisa-se o campo do conhecimento sobre o dever, o adequado, o mais conveniente, procurando definir boas práticas, tendo sempre em conta o que prejudica e/ou favorece a profissão e as suas características mais próprias.

Assim, a deontologia engloba todo um conjunto de deveres que dizem respeito a todas as práticas do exercício da profissão de enfermagem. A deontologia, enquadrada juridicamente,

aplica-se a todos os profissionais, independentemente do contrato de trabalho ao qual esteja alocado. No entanto, também são incluídos no código deontológico os direitos, que conferem dignidade ao enfermeiro e que fundamentam a excelência da prática exercida, garantindo o direito que os doentes têm de receber cuidados de qualidade (Código Deontológico, 1998).

Dos direitos e deveres consagrados no Código Deontológico ressaltamos pela sua importância os seguintes:

Artigo 78.º - Princípios Gerais

Este artigo oferece, como o próprio nome diz, princípios gerais, onde se identificam valores, e onde estão enunciados os princípios orientadores da profissão, e dos quais têm origem os deveres.

O princípio da *dignidade humana* é moral, inerente a todas as pessoas, e está de acordo com a personalidade de cada um. Incita-nos para uma visão individual de cada um como um ser único, com direitos e não como um objecto (Código Deontológico, 1998).

Citando o mesmo autor (1998, pag.59): “O princípio de *beneficência* relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício.”

Aplicar este princípio vai para além de ter as melhores intenções para a pessoa em causa, ultrapassa fazer o bem e estar de acordo com os seus desejos. Muitas vezes é difícil escolher entre o risco e o benefício, pois coloca em causa os interesses do doente, o seu contexto social, cultural, económico, as consequências...por este motivo, por vezes, torna-se mais fácil aplicar o princípio da *não-maleficência* (Código Deontológico, 1998).

Segundo o mesmo autor (1998, pag.91),

“(...) este princípio surgiu perspectivando na forma de não fazer mal, sobretudo, de não causar dano e, assim, designa-se como princípio da *não-maleficência*. (...) E, não causar dano é mais imperativo, é mais obrigatório do que a exigência de promover o bem.”

O princípio do *respeito pela autonomia* do doente

“(…) diz respeito à liberdade de acção com que cada pessoa escolhe – as pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em planos que elas mesmas tenham seleccionado. Significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma – livre e autónoma, capaz de se autogovernar, de decidir por si mesma.” (Código Deontológico, 1998, pag.91).

A justiça, e citando Comte-Sponville cit in Código Deontológico (1998, pag.65),

“(…) das quatro virtudes cardinais, (a justiça) é certamente a única que é boa em absoluto. A prudência, a temperança ou a coragem só ao serviço do bem são virtudes ou então relativamente a valores – por exemplo, a justiça – que as ultrapassam ou que as motivam.”

Segundo o *princípio da justiça*, “(…) é de relevar que situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente de acordo com as suas diferenças.” (Código Deontológico, 1998, pag.91)

De acordo com o princípio do respeito pela unicidade e pela alteridade da pessoa,

“(…) conduz-nos também a ver a pessoa como um ser único com as suas riquezas e fraquezas. E respeitar a sua unicidade significa aceitá-la na sua globalidade, com a sua maneira particular de estar e crescer, a sua história, o seu ambiente, as suas referências culturais.” (Phaneuf 2005, pag.15)

Artigo 81.º - Dos valores humanos

“O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de:

“(…) (a) cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; (b) salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso; (c) salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida; (d) salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social; (e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; (f) respeitar e

fazer respeitar as acções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que possa exercer, nestas áreas os seus direitos.” (Código Deontológico, 1998, pag.89)

Cuidar de alguém sem fazer distinção está relacionado com os princípios gerais da profissão e com os valores universais já referidos neste trabalho. É indiscutível que o enfermeiro tenha deveres na área dos valores humanos e que os assuma (Código Deontológico, 1998).

Artigo 83.º - Do direito do cuidado

“O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença assume o dever de: (a) co-responsabilizar-se pelo atendimento ao indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento; (b) orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência; (c) respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde; (d) assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas; (e) manter-se no seu posto de trabalho, enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados.” (Código Deontológico, 1998, pag.105).

De acordo com o mesmo autor, (1998, pag.106)

“(…) o cuidado é uma actividade-fim no trabalho de enfermagem, ou seja, constitui-se como finalidade. Visa contribuir para o bem-estar e o bem-viver a que todas as pessoas têm direito (...). A acção de cuidar apoia-se em bases científicas, utilizando o pensamento racional, criativo, ético, estético e intuitivo.”

Artigo 84.º - Do dever de informação

“No respeito pelo direito à autodeterminação assume o dever de: (a) informar o indivíduo e a família, no que respeita os cuidados de enfermagem; (b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; (c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem; (d) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” (Código Deontológico, 1998, pag.109).

A alínea b) baseia-se no consentimento informado que, por sua vez tem fundamentação no princípio geral do respeito pela autonomia. Segundo Martinho da Silva cit in Código Deontológico do Enfermeiro (1998, pag.110),

“(…) qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois de a pessoa em causa dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida. A esta pessoa deverá ser dada previamente uma informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como quanto às consequências e riscos. A pessoa em causa poderá, a qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.”

Para que o consentimento seja eficaz, tem de responder às seguintes condições: (1) deve ser voluntário, basear-se em informações certas e não sofrer qualquer tipo de coacção; (2) partindo do princípio que muita informação não é sinónimo de esclarecimento, a pessoa deve ser informada e haver certificações de que esta compreendeu a informação transmitida. Só assim pode decidir/escolher e permitir ou não que os cuidados de enfermagem lhe sejam prestados. (3) Para prestar o consentimento a pessoa deve estar no seu discernimento, capaz de avaliar a sua decisão (Artigo 38.º do Código Penal) (Código Deontológico, 1998).

“Assim o consentimento é o “último” passo, depois da informação e validação da mensagem, para que o utente possua a informação e se sinta livre para decidir.” (Código Deontológico, 1998, pag.111)

De acordo com o mesmo autor (1998), quando se fala de consentimento informado, tem de se perceber que o que está em causa é: (1) informar e explicar ao doente com linguagem clara e adequada ao seu nível de conhecimentos, qual o seu problema para que o mesmo possa dar ou não o seu consentimento; (2) ter em conta que as nossas prioridades não são as mesmas que as do doente. (3) não podemos deixar o doente de fora, ou à parte, de qualquer decisão que a ele diga respeito. (4) respeitar o desejo expresso do doente, mesmo que este seja não sei informado.

Existem ainda situações em que não é estritamente necessário o consentimento. É o caso do consentimento presumido que, segundo o ARTIGO 39.º, nº2 “Código Penal” cit in Código Deontológico do Enfermeiro (1998, pag.112)

“(…) quando a situação em que o agente actua, permitir razoavelmente, supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido o acto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.”

Artigo 89.º - Da humanização dos cuidados

“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: (a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; (b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.”. O mesmo autor diz ainda que,

“(…) humanizar pode ser interpretado como “tornar mais humano”, no contexto dos actos profissionais que ligam as pessoas – no caso, entre enfermeiro e cliente/família. (...) Atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda são expressões que se podem deduzir da responsabilidade do enfermeiro pela “ (...) humanização de cuidados”.” (Código Deontológico, 1998, pag.114)

II – Fase Metodológica

De acordo com a Fortin (2003, pag. 40), na fase metodológica “(...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigações colocadas ou às hipóteses formuladas.”

"A investigação profissional é uma atitude de abertura e de interrogação sobre o que se descobre e sobre o que se pode fazer com isso, no âmbito da sua prática" (Colliére 1989, pag.208)

Fortin (1999, pag.26) diz-nos ainda relativamente à investigação em enfermagem que:

“(...) o objecto da investigação em ciências de enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina.”

A investigação no domínio da enfermagem assume grande importância, uma vez que promove o seu crescimento enquanto profissão autónoma e fomenta a melhoria dos cuidados prestados. Para Seaman (1987), citado por Fortin (1999, pag.17),

“(...) a investigação científica é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis, a partir do mundo empírico (o que nós conhecemos através dos nossos sentidos), com vista a descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos”.

“Qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada problema, isto é, que causa mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que por consequência exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.” (Fortin 1999, pag.44)

Por ser conveniente neste estudo os dados obtidos são analisados segundo o paradigma qualitativo, de abordagem fenomenológica pois pretende-se procurar/descobrir a essência do fenómeno.

É um método de investigação que enfatiza a complexidade da vivência humana e a necessidade de se estudar aquela experiência de maneira holística tal como é realmente vivida pelos participantes. O objectivo desta investigação é descrever/interpretar, em deterioração da avaliação.

Aquando o planeamento deste estudo foram surgindo as questões orientadoras ao próprio estudo. “As questões de investigação são premissas sobre as quais apoiam os resultados da investigação.” Talbot (1995), cit in Fortin (1999, pag.101).

Esta autora refere ainda que, “(...) a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.” (Fortin 1999, pag.101)

O investigador deve igualmente considerar na sua questão de investigação:

“(...) a actualidade da questão, a exequibilidade do projecto, o significado e a importância da questão para a disciplina e a operacionalização da questão.” (Fortin,1999, pag.58)

“A investigação em Enfermagem é fundamental para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Desta forma, para este estudo pareceu-nos pertinente levantar as seguintes questões:

- **“Qual a opinião dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre a relação entre cateterismo venoso periférico e humanização de cuidados?”**

- **“Quais as dificuldades dos alunos no cateterismo?”**

- **“Qual a importância que atribuem ao papel de Enfermagem relativamente à humanização?”**

- “Qual o seu conceito de humanização de cuidados?”

Estas questões são definidas por Fortin (1999, pag.51) como sendo,

“(…) reflexo do estado de conhecimentos ou da teoria existente no domínio do estudo, [...] são interrogações simples que incluem a noção de medida.”. Refere ainda relativamente às questões começadas por “que” ou “qual” que reflectem o nível I, “ necessitam de uma descrição dos factores susceptíveis de trazer uma resposta à questão.”

1. Finalidades e objectivos do estudo

Foi a partir destas questões que todo o estudo se desenrolou, passando, posteriormente à demarcação da finalidade e objectivos deste trabalho. A finalidade, por sua vez, prender-se-á com o potencial contributo que este estudo representa para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Para que esta finalidade seja alcançada, foi indispensável a delineação dos objectivos para tal efeito. Citamos então os objectivos:

- Conhecer a opinião dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura de Enfermagem sobre cateterismo venoso periférico e humanização de cuidados;

- Identificar dificuldades dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura de Enfermagem no cateterismo venoso periférico;

- Perceber a importância da humanização dos cuidados em Enfermagem.

No que concerne à justificação das questões de investigação, estas devem, “(...) explicar porque se quer estudar esta questão e porque ela é importante para nós, [...] depois de precisar o que levou o investigador a colocar a questão, é necessário precisar porque se procura obter uma resposta e o que esta resposta vai trazer, a ele, aos outros e à profissão.” (Fortin 1999, pag.69). Posto isto, as questões de investigação surgiram pelo facto de existir, primeiramente uma intensa motivação pessoal alusiva ao tema. Consideram-se as questões pertinentes por darem resposta a um tema de interesse geral quer para os alunos quer para os profissionais de enfermagem.

Procura-se desta forma obter respostas às perguntas, de maneira a ver esta inquietação da qual germinou o estudo, contribuindo com tais resultados para satisfação pessoal, para a satisfação dos próprios alunos e futuros profissionais de enfermagem para que os cuidados de enfermagem se possam aperfeiçoar cada vez mais.

Para Fortin (1999, pag.108) a metodologia deve, “(...) operacionalizar o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população.”

2. Tipo de Estudo

Para a realização deste trabalho de investigação seleccionou-se o estudo descritivo, que segundo Fortin (2003, pag.163),

“(...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativamente a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

3. População:

Sendo a população um grupo de indivíduos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas de acordo com critérios previamente estabelecidos, quanto maior for o número populacional mais fiável é o estudo e maior veracidade é conferida às conclusões. A população-alvo é constituída por sujeitos previamente definidos e que o investigador utiliza para realizar generalizações, escolheu-se como população alvo deste estudo alunos do 4º ano de enfermagem da UFP, com o intuito de perceber as suas opiniões, dificuldades e o seu conceito de humanização. A população englobava 95 alunos. (Pereira e Pontes, 2006)

4. Amostra:

Amostra é um subconjunto da população, uma pequena réplica da população alvo, sendo a amostra do deste estudo constituída por sete alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP. Sendo que três eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Com idades compreendidas entre os vinte e os vinte e três anos. (Pereira e Pontes, 2006)

5. Processo de Amostragem:

A amostragem é o método para escolher elementos que sejam representativos de uma população, para ser utilizado numa pesquisa de investigação. Neste estudo o processo a utilizar para a selecção da amostra vai passar pela amostragem não probabilística pois é um procedimento de selecção no qual cada elemento da população escolhido para o estudo, não tem uma igual probabilidade de ser seleccionado em relação ao seu grupo de pares para formar a amostra em estudo. É uma amostragem não probabilística intencional pois pretende-se participantes ricos em informação referentes ao fenómeno em estudo, permitindo assim estudá-lo em profundidade. Neste tipo de amostragem, o investigador selecciona os elementos da população para estes fazerem parte da amostra em estudo. (Pereira e Pontes, 2006)

6. Meio:

O meio onde vai decorrer este estudo de investigação é em meio natural, por se adaptar melhor a este tipo de investigação. As entrevistas decorreram na Universidade Fernando Pessoa, por ser da conveniência da investigadora e dos alunos entrevistados.

7. Instrumento de Colheita de Dados:

Os sujeitos de um estudo de investigação possuem informações importantes acerca da problemática em estudo, e estas só podem ser obtidas pelo investigador sujeitando os elementos da investigação a perguntas acerca da retórica em estudo. As perguntas podem ser realizadas oralmente pelo próprio pesquisador, por entrevistas telefónicas, ou podem igualmente ser realizadas sob a forma de um teste onde os sujeitos em estudo respondem às questões colocadas. (Pereira e Pontes, 2006)

8. Pré teste

Método que consiste na entrevista a uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, com o objectivo de verificar se as questões colocadas correspondem aos objectivos investigados. “(...) esta etapa é de todo indispensável, e permite corrigir ou modificar a

entrevista, resolver problemas e imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões.” (Fortin,1999, pag.253)

Neste trabalho de investigação, o pré-teste vai ser aplicado a uma amostra de três alunos do 4º ano de enfermagem da UFP, cujos não fazem parte da amostra estudada.

9. Entrevista:

Segundo Fortin (1999, pag. 245), a entrevista é usada “(...) se um investigador quer explorar os sentimentos e as percepções dos sujeitos no que se refere a situações particulares (...)”.

O tipo de entrevista a ser utilizada é a entrevista aberta áudio – gravada, pois permite que os elementos em estudo narrem na primeira pessoa sentimentos e vivências experienciadas pelos próprios, estando sempre de acordo com o objectivo da investigação. (Pereira e Pontes, 2006)

Para tal, foi elaborado o guião da entrevista, que contém nove questões de resposta aberta direccionadas para as maiores dificuldades dos alunos, para os seus conhecimentos, conceito de humanização de cuidados e experiência pessoal junto dos doentes ao longo dos ensinamentos clínicos.

A entrevista foi realizada na Universidade Fernando Pessoa, e todos os participantes foram devidamente informados dos fins que se pretendiam atingir com a mesma, tendo todos eles autorizado a gravação. Uma vez que lhes foi garantida a confidencialidade, bem como o uso exclusivo dos dados gravados, somente para a elaboração deste trabalho de investigação.

O tempo de gravação de cada entrevista variou de entrevistado para entrevistado, sendo a média de vinte minutos.

10. Princípios Éticos:

Na elaboração e no decorrer das entrevistas, foram respeitados e tidos em conta todos os aspectos éticos, uma vez que todas as pesquisas que envolvem seres humanos implicam uma análise cuidadosa dos procedimentos utilizados, de forma a proteger os direitos dos mesmos.

“A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.” (Fortin, 1999, pag. 114)

Segundo FORTIN (1999), existem direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos:

- Direito à autodeterminação:

Este direito tem fundamento no princípio ético do respeito pelas pessoas, pois estas são aptas de escolher o seu próprio destino. Sendo por isso uma decisão pessoal e voluntária participar, ou não, no estudo.

- Direito à intimidade:

Qualquer investigação com pessoas se pode tornar numa invasão da vida privada, assim o estudo deverá ser o menos invasivo possível.

- Direito ao anonimato e à confidencialidade:

A identidade do indivíduo não pode ser associada às suas respostas. Os resultados devem ser apresentados sem que o reconhecimento da pessoa em questão seja possível.

- Direito à protecção contra o desconforto e ao prejuízo:

Este direito tem fundamento no princípio de beneficência, e diz respeito às normas existentes para a protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de a prejudicarem.

- Direito a um tratamento justo e equitativo:

Este direito diz respeito ao direito da pessoa investigada, poder aceder a toda a informação a seu respeito no estudo em questão. Este deverá ser informado sobre a natureza, o fim, e a duração da investigação para o qual é solicitado, bem como os métodos utilizados no estudo.

11. Análise de dados:

Para Fortin (1999), a análise de dados define-se como uma fase integrada no processo de investigação, presente de cada vez que o investigador se remete a um período de colheita de dados e em que ele deve situar-se em relação ao que já emergiu dos dados e ao que resta para descobrir. A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador.

Assim, o primeiro passo foi a transcrição das entrevistas, após audição integral de cada uma, o que permitiu um maior conhecimento da informação colhida. Posteriormente, organizou-se, ordenou-se e codificou-se as informações colhidas. Após colhidas as respostas obtidas utiliza-se como técnica de tratamento de informação a análise do conteúdo, que consiste na atribuição de significado aos dados reduzidos e organizados.

“A análise de dados é o processo de busca e de organização sistemático de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou.” (Bogdan e Biklen, 1994, pag. 205)

A questão da codificação é central no decurso da análise do conteúdo, sendo o objectivo da investigação transformado em categorias de análise. Segundo Bardin (2002), a codificação é o processo em que os dados são transformados sistematicamente e os agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo. Para o mesmo autor, as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico.

Após definidas as categorias foi necessário a criação de subcategorias que nos permitiu codificar informações importantes para o estudo e que não se encontrava no sistema de categorias inicial.

Depois da leitura das entrevistas e codificadas de E1 a E7, foram definidas as unidades de registo, posteriormente transcreveu-se e enquadraram-se estas unidades segundo categorias e subcategorias.

“A escolha de uma unidade de análise é ditada tanto pelos objectivos do investigador como pelo material analisado. A unidade de análise é definida como a mais pequena unidade de significação.” (Gauthier, 2003, pag, 352)

Assim para a análise do conteúdo, foi necessário neste estudo a transcrição das entrevistas, a exploração das informações nelas contidas, a organização e interpretação semântica destas, segundo as categorias e subcategorias, de forma a dar significado às experiências vividas e transmitidas através da entrevista.

Para a apresentação da análise de conteúdo optou-se por utilizar excertos de entrevistas, recorrendo a citações dos entrevistados visando acompanhar o processo de interpretação.

III- Fase Empírica

“(…) é importante reconhecer o objectivo da investigação a fim de se situar numa das grandes correntes de análise dos dados, isto é, a análise descritiva e a análise interpretativa.”
(Fortin, 1999, pag. 305)

1 - Apresentação dos resultados

Dos discursos dos nossos informantes, emergiram sete categorias, sendo elas: Competências técnicas; Inexperiência; Medo do doente e falta de confiança nos alunos; Relação de ajuda; Visão holística do doente; Falta de tempo dos enfermeiros; Código deontológico.

Com base em cada uma destas categorias, foi possível conceber duas sub-categorias, empatia e confiança, que permitiram o agrupamento de toda a informação fornecida pelos nossos informantes, após uma leitura exaustiva das entrevistas efectuadas.

Segundo Gauthier (2003), a definição das categorias pode efectuar-se de três formas diferentes:

- Indutiva – a partir das semelhanças de sentido do material nas unidades de análise ou nos seus elementos constituintes;

- Dedutiva – derivando-as de uma teoria existente;

- Mista – em que uma parte das categorias é derivada de uma teoria enquanto que uma outra parte é induzida no decurso da análise.

No nosso entender a definição das categorias efectuou-se de uma forma indutiva, uma vez que à partida não existiam categorias, ou seja, as categorias são retiradas, induzidas da análise das entrevistas transcritas na íntegra.

Neste capítulo irá ser apresentado o resultado do tratamento de dados recolhidos nas entrevistas realizadas, com o objectivo de revelar a natureza da informação obtida para posteriormente no ponto a seguir retirar as conclusões do estudo.

Quadro nº1 – Categorias e subcategorias identificadas na análise de dados

| Categorias | Subcategorias |
|--|--|
| Competências técnicas | |
| Inexperiência | |
| Medo do doente e falta de confiança nos alunos | |
| Relação de ajuda | Empatia e Confiança Respeito pelos direitos do doente |
| Visão holística do doente | |
| Falta de tempo dos enfermeiros | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Código deontológico dos enfermeiros | |
|-------------------------------------|--|

2 – Análise e Interpretação de resultados:

2.1 - Competências técnicas

O difícil trabalho na área da Enfermagem exige a união perfeita de diversas qualidades pessoais e profissionais para que o resultado seja uma prestação e uma postura com tanto de humano como de científico, pois nesta arte, uma vertente não deveria existir sem a outra.

Mendes cit in Carvalho (1996, pag.24) afirma,

“(…) o ideal será harmonizar a formação humana com a científica (…) o que se tornou cada vez mais difícil com o desenvolvimento das ciências teóricas e aplicadas.”

Para além da necessidade de se prestarem cuidados com qualidade, os alunos ainda se deparam, de serviço para serviço, com a evolução tecnológica, que lhes exige actualização e novos conhecimentos para satisfazerem as necessidades dos doentes.

“(…) Nos estágios passamos por inúmeros internamentos e vamos ganhando mais prática. Se bem que em alguns estágios esta prática é reduzida.” E3

“(…) As técnicas são muito importantes e até o cuidado que temos com elas, mas acho que para chegarmos ao pé de um doente e executarmos uma técnica, não estamos a ser enfermeiros, não há parte humana no tratamento do doente, há uma parte técnica.” E4

Collière (1989, pag. 290), afirma que

“(…) o campo da competência de enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las se essas capacidades forem insuficientes. A competência da enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém.”

Os alunos, confrontados ao longo do curso com a realidade de toda esta exigência ficam divididos entre o rigor do cuidar aprendido na faculdade e a necessidade de realizar boas técnicas, como o cateterismo venoso periférico.

É mencionado pelos alunos a exigência em campo de estágio da excelência da cateterização venosa periférica, pois é uma técnica que quantas menos vezes forem repetidas no mesmo doente melhor.

“(…) A nível da equipa na realização dos procedimentos é mais... dão muita atenção à técnica e pouca aos doentes em vez de ser ao contrário.” E6

Alguns alunos identificam-se mais com a parte prática e científica da enfermagem, outros com a parte humana, no entanto, é unânime que esta técnica tem de ser aperfeiçoada e necessita de muita prática ao longo dos ensinamentos clínicos.

“(…) Ou seja, a técnica é muito importante, o que interessa é fazer-se bons punccionamentos, a parte técnica é muito valorizada, a parte científica também (...)” E7

A competência confere aos alunos a capacidade de responder às diversas situações que vão sucedendo durante os turnos, baseados no saber que adquiriram, quer a nível teórico quer a nível prático em campo de estágio.

Segundo Phaneuf, (1995, pag.3)

“(...) a competência aplicada ao domínio de enfermagem comporta duas exigências principais: a mobilização das capacidades pessoais da enfermeira, e a mobilização dos seus saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem.”

Para a realização do cateterismo venoso periférico é exigido aos alunos a mobilização de conhecimentos e destreza manual/técnica de forma a tornarem-se competentes nesta área da enfermagem que vai para além do cuidar, baseia-se também na componente prática e na sua eficiência.

Os doentes também valorizam o sentido das competências dos alunos, bem como dos profissionais. Existe então uma forma positiva de valorizar a profissão de enfermagem, que se encontra directamente relacionada com as qualidades dos alunos/profissionais e com os conhecimentos gerais e específicos dos mesmos.

“(...) no fim de se adquirir bastante experiência é que se consegue puncionar.” E2

“(...) É melhor ir lá e executar a técnica e não fazer mais nada, mas a técnica está feita (...)” E4

O cateterismo venoso periférico é uma técnica temida por parte dos alunos, uma vez que, a teoria não chega para lhes conferir segurança na prática. É ao longo dos estágios, durante os últimos três anos de curso que vão praticar e ganhar confiança na execução da técnica. No entanto existe todo um rol de dificuldades que têm de ser superadas, e que na maioria das vezes vão para além do contacto com o doente, do estabelecimento de uma relação.

“A maior dificuldade é a técnica em si” E2

“(...) em estágio é que conseguimos praticar bastantes vezes e durante todos estes estágios conseguimos evoluir, sendo que agora no último, no meu caso, é que consegui aperfeiçoar mesmo a técnica com bastantes dicas que os enfermeiros nos deram.” E6

“Puncionar bastante bem, tem de se ter já um certo domínio nesta técnica (...)” E5

Para além da dificuldade técnica, os alunos referem também a dificuldade psicológica, pois se no fim do curso já se está minimamente habituado à pressão psicológica sentida na prática e no contacto directo com a responsabilidade de cuidar de alguém, e de intervir no corpo dos doentes causando dor e desconforto, o mesmo não acontece nos primeiros ensinamentos clínicos.

Não podendo descuidar também o factor gerador de stress que é, o facto de os alunos estarem sujeitos a avaliação, permanentemente, mesmo durante a realização desta técnica. O que muitas vezes se torna difícil de gerir.

“Como maior dificuldade...penso que é a parte de estarmos a ser pressionados pelo orientador, que nos está a supervisionar” E4

“Acho que não é a técnica em si mas sim a pressão que sentem por parte dos orientadores. Não se pode falhar.” E7

“A responsabilidade e o esforço em cuidados com pacientes críticos, terminais, exigem muito do estudante e do profissional responsável, física e emocionalmente. A ansiedade e a depressão manifestam-se como uma forma de estresse frente às atividades e, muitas vezes, os alunos não se sentem preparados para enfrentá-las.” Como afirma (Mohallem *et al.* 2008, pag.7).

“A dicotomia saber técnico/humano é percebida em alguns relatos dos alunos quando mostram que as preocupações iniciais, nos primeiros estágios, estavam dirigidas estritamente para a execução da técnica correcta, seja para aprender ou mostrar para o professor.” (Casate e Corrêa, 2006, pag. 323)

Devido ao facto da cateterização venosa periférica exigir experiência, eficácia e controle as primeiras vezes são sempre realizadas pelos profissionais de enfermagem. Mesmo que não seja o primeiro estágio do aluno. Até que este mostre confiança nesta técnica, é o profissional que a realiza na grande maioria das vezes “impedindo” de certa forma e por vezes inconscientemente oportunidades aos alunos de praticar. Este facto deve-se também à optimização do tempo em serviços complicados.

“Na minha opinião a dificuldade é a prática, muitas das vezes esta é reduzida.” E3

“Nos estágios passamos por inúmeros internamentos e vamos ganhando mais prática. Se bem que em alguns estágios esta prática é reduzida.” E3

2.2 – Inexperiência

A falta de experiência durante os ensinamentos clínicos é algo que abala muito os alunos e consecutivamente a sua prestação, nomeadamente nesta técnica.

“(…) muitas vezes o nervosismo também afecta a confiança para podermos picar eficazmente e chegarmos ao pretendido.” E1

A falta de experiência é também um factor gerador de stress nos alunos, segundo Rodrigues e Veiga (2006, pag.353) “os alunos de enfermagem, em estágio, passam por momentos de stress que podem, já aí, afectar a qualidade da sua relação com o doente.”

Uma conclusão a que já tínhamos alcançado é que, é durante o longo caminho que os alunos de enfermagem percorrem durante o curso que vão adquirindo mais experiência, e, naturalmente esta prática, experiência e à vontade perante a técnica é exponencial, à medida que estes vão adquirindo mais confiança e experienciando mais situações novas.

Sendo inegável que a grande maioria dos alunos se coloca no lugar dos doentes aquando esta técnica, acanhando-se por ser dolorosa, daí o seu medo crescente de puncionar, de falhar, de magoar o doente.

“(…) Essa fragilidade revela-se por meio de situações comumente encontradas no hospital e que mostram o quanto a pessoa internada está sujeita a experiências dolorosas que cerceiam sua liberdade, invadem sua privacidade, impedem realizar atos comuns do dia a dia, como falar e caminhar, que levam à perda da consciência de si mesmo, deixando a pessoa humana à mercê da ação do profissional de saúde.” (Casate e Corrêa, 2006 pag.323)

“O motivo é mesmo o medo de nós falharmos e magoar-mos o doente, de podermos perfurar a veia de um lado ao outro, o que é mau e causa dor. É pela dor que eles podem ter.”

E1

No entanto, digamos que o “papel” dos doentes perante os alunos também é bastante importante, na medida em que irá influenciar as suas experiências em campo de estágio de uma maneira mais, ou menos positiva.

“Até a maneira como eles estão connosco nos deixa mais nervosos, mais apreensivos, o que nos vai prejudicar. Enquanto que aquelas pessoas que estão habituadas deixam-nos mais à vontade, estamos mais descontraídos e certamente a técnica corre-nos muito melhor.” E1

De uma forma geral o internamento produz no doente uma ameaça, nem que seja à sua integridade, os doentes experimentam sensações desagradáveis como o medo, o receio, o desconforto e até frustração (Coelho, 2000).

Logo, à partida o meio hospitalar para o doente internado não o vai deixar à vontade para que se sujeite a práticas dolorosas, ou a intervenções invasivas como é o caso da colocação de um Cateter venoso periférico.

“O doente encontra-se num meio desconhecido, no qual sente que vai perdendo a identidade e normas da sua rotina diária. É certo que a experiência de internamento e a impressão que dela se tem variam de indivíduo para indivíduo; porém, a novidade do ambiente hospitalar e as suas rotinas e o receio perante o desconhecido são obstáculos que se impõem a todos os indivíduos.” (Coelho, 2000, pag.180)

“Como motivos destaco possível inexperiência e o internamento, porque por vezes são pessoas que já estão internada há muito tempo e por isso já estão um bocado fartas de tantas “picas” E2

Herbsole (1985), cit in Cabete (1999, pag.34), afirma que

“(…) o internamento constitui para o doente uma verdadeira situação de crise, resultante de várias outras situações de crise: doença, confrontação com a própria morte e com a duração limitada da vida, deslocação, perturbações da rotina quotidiana”.

Manzoli (1987, pag.49) afirma que “(…) a hospitalização é um dos eventos da vida moderna que envolve profunda adaptação do homem às várias mudanças que acontecem em seu “dia-a-dia”. Este reajustamento pode ocorrer de forma mais fácil em certas pessoas; em outras entretanto, apresenta-se de forma difícil, exigindo mais tempo, grande esforço e intensa assistência”

A doença, o meio ambiente alterado, a saturação, são todos factores que tornam os doentes mais renitentes no que diz respeito à prática de técnicas executadas por alunos de enfermagem, que muitas vezes, como veremos mais à frente são motivos causadores de stress para os doentes. E o principal sintoma que acompanha o doente ao longo do seu internamento é a dor. Que, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, é uma

“(…) experiência emocional e sensorial desagradável, associada com lesões teciduais existentes ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões” e este tipo de experiência ocorre inúmeras vezes ao longo de um internamento.

2.3 – Medo do doente e falta de confiança nos alunos

“Puncionar é uma das técnicas em que as pessoas têm receio (...)” E3

A falta de experiência confere muitas vezes falta de confiança nos alunos de enfermagem. No entanto, existe por parte dos doentes alguma tensão e receio de serem tratados e principalmente sujeitarem-se a técnicas invasivas, realizadas por alunos.

“Sentem receio ou tensão primeiro porque sabem que somos estagiários, daí a falta de experiência, depois terem medo das agulhas, medo de ver sangue, e quando estão muito tempo internados e têm de ser puncionados várias vezes começam a ter mais receio cada vez que vamos ter com eles para puncionar novamente.” E6

Ao longo deste estudo, os alunos relatam motivos para o receio dos doentes, tais como, a saturação do internamento, a pressão do ambiente hospitalar, para além do facto de estarem a ser cuidados por alunos.

“(...) para já, estão internados, estão num ambiente que não é o deles, e é diferente, tudo o que é hospitalar vai assustá-los e metendo agulhas..., eles assustam-se com isso.” E7

“Se calhar, com o prolongamento do tempo de internamento os doentes vão perdendo esse receio. No entanto ao ficarem saturados também se podem queixar na realização desta técnica.” E5

“Terem pessoas à sua volta a procurar veias para puncionar é um factor de stress muito grande.” E4

“Alguns mostravam-se um bocado inseguros porque eu era aluna.” E2

“(...) já vi pessoas mesmo com receio de serem puncionadas por uma aluna, (...)” E2

Com base noutros estudos, Casete e Corrêa (2006, pag.323) referem “(...) falaram sobre sua ansiedade quanto ao aprendizado técnico, o que está relacionado com o medo de errar e prejudicar o paciente.”

Os alunos quando referem o receio por parte dos utentes, frisam também o seu nervosismo.

“As expectativas de estudantes de Enfermagem em estágios clínicos são de medo, tensão e ansiedade. Eles não sabem o que os espera, não conhecem as rotinas de campo e o que é aceitável ou não antes do primeiro desempenho.” (Mohallem *et al.* 2008, pag.8)

Um aspecto interessante e que podemos constatar é que a grande maioria dos alunos refere o medo que os doentes transmitem de serem cateterizados por estagiários, é assim perceptível as dificuldades que os alunos de enfermagem sentem em lidar com doentes pela primeira vez, ou seja, nos primeiros estágios do curso, enquanto não sentem confiança para a execução da técnica de cateterismo venoso periférico.

“Existe, muitas das vezes quando sabem que são alunos, porque existe a ideia de que quem tem mais experiência é que cateteriza melhor (...)” E3

“Outros ficam bastante nervosos e até pedem para ser um profissional de saúde, porque têm medo, há pessoas que têm medo de serem picadas e querem ser picadas o menos possível, e por vezes não confiam no nosso trabalho e na experiência que temos vindo a desenvolver.” E1

“Sim, claro que sim. Sentem receio e referindo-me a nós alunos, esse receio deve-se muitas vezes por sermos alunos. E também porque os doentes estão saturados de serem puncionados (...)” E4

Estas situações incitam medos e receios que se irão reflectir na disponibilidade mental dos alunos para aprender, nas oportunidades de aquisição de conhecimentos práticos, e no desempenho dos mesmos.

“Efectivamente, da nossa experiência na orientação dos estudantes em estágio, podemos constatar que estes parecem muitas vezes “nervosos” e incapazes de articular o que aprenderam em teoria com o que vivenciam na prática.” (Pacheco, 2008, pag.92)

“Têm, principalmente quando os alunos vão com aqueles tremeliques todos, que é normal, eles ficam um bocadinho assustados.” E7

Pacheco relata a dificuldade sentida pelos alunos.

“É um facto que durante a aprendizagem clínica é requerido aos estudantes que demonstrem conhecimentos e, paralelamente, prestem cuidados de enfermagem. Esta situação faz com que se sintam ansiosos, com níveis de stress elevado, por vezes, e sem capacidade para lidar com tantas solicitações. É, pois, importante, que os estudantes de enfermagem encontrem formas de superar a tensão que vivem quase constantemente.” (2008, pag.92)

2.4 - Relação de ajuda

Outra categoria que emergiu dos discursos dos alunos é a competência humana e relacional, que paralelamente com a competência técnico-científica, deve fazer parte das acções diárias dos enfermeiros.

“É fundamental, eu acho que a enfermagem é o elo de ligação entre o doente e o resto da unidade hospitalar e infelizmente é muito desvalorizado pelos profissionais, pelos alunos, e as pessoas não percebem que o facto de mostrar disponibilidade... que para mim é um bocadinho da relação de ajuda, ... mas bastar ir junto do doente perguntar se está bem, se precisa de alguma coisa, se precisar para chamar...basta isto.” E7

De acordo com Phaneuf, (1995, pag. 12),

“(...) a presença, a escuta e a palavra da enfermeira, que favorecem na pessoa cuidada a evolução e a capacidade de tomada de cargo da sua saúde física e mental, fazem parte integrante dos cuidados de enfermagem. (...) A relação de ajuda é aliás um processo que visa essencialmente a tomada de cargo de si própria pela pessoa cuidada e não pela enfermeira.”

Através dos discursos dos alunos entrevistados, percebemos facilmente a importância que dão à relação de ajuda, manifestada pela comunicação e pela disponibilidade, pelo facto de permanecer junto dos doentes e atender às suas necessidades.

“Englobando tudo, a ajuda, uma palavra amiga...” E3

“(...) é fundamental estabelecer uma relação de ajuda, mostrarmo-nos disponíveis e manter uma boa relação (...)” E2

“Essencialmente mostrar disponibilidade.” E7

A relação de ajuda entre aluno e doente para além de aumentar o envolvimento e o interesse nos cuidados a receber, vai diminuir a sensação de ansiedade, quer do doente para aceitar a técnica que necessita, quer do aluno, para por em prática normas nas quais não tem grande

experiência e segurança para executar. Desta forma, diminui o stress de ambas as partes e consegue-se trabalhar muito melhor, ficando a técnica facilitada.

. “Aqui entra a relação a ter com o doente, tentar distraí-lo quando vamos puncionar, falar de outras coisas, ...” E4

“Sim, ao termos uma boa relação com o doente ele vai confiar em nós e vai-se sentir mais à vontade no cateterismo.” E5

Evidenciou-se um aspecto curioso, que foi a pouca valorização que se dá à relação de ajuda e ao lado humano do cuidar. E a opinião desta aluna, comprova isso mesmo.

“(…) a desvalorização que dão à relação de ajuda, ao cuidar, ...à humanização, nota-se em todos os estabelecimentos de saúde. Se bem que há ótimos profissionais que valorizam imenso.” E7

2.4.1 - Empatia e Confiança

Na subcategoria Empatia e Confiança foram reunidos os depoimentos o lado humano na prestação de cuidados e o sentimento de confiança e dignidade pelos doentes.

Os informantes relatam que empatia e confiança são imprescindíveis para a humanização dos cuidados, “(...) estabelecer uma relação empática com o doente e mostrarmo-nos sempre disponíveis para ajudar. E2

“Claro, é fundamental (...) uma relação de empatia com o doente.” E2

Segundo Phaneuf, (1995, pag.3) empatia é, “(...) compreensão profunda da prestadora de ajuda pelo que a pessoa ajudada vive. Ela percebe a situação como se estivesse no lugar da outra.”

No dia a dia, a relação com os doentes tem de ser humanizada e baseada em confiança e empatia, de outra forma não estamos a conferir ao doente o merecido por direito.

“As competências de enfermagem baseia-se em primeiro lugar nas qualidades pessoais da enfermeira, as que fazem dela uma pessoa à escuta, atenta ao que se passa com o doente e capaz de decisão, de acção e de **empatia**.” (Phaneuf, 2005, pag.3)

Os alunos nas entrevistas deixam transparecer que percebem bem a importância da empatia, da confiança, e que se esforçam para que esta exista no dia-a-dia dos seus ensinamentos clínicos, otimizando as técnicas através da humanização.

“A empatia é muito importante, porque perante qualquer técnica que queiramos executar é importante haver confiança e empatia com o doente.” E1

Durante as entrevistas é referido que os alunos, ao estabelecerem uma boa relação terapêutica com os doentes, uma relação empática, e baseada em confiança, torna-se mais fácil por em prática qualquer técnica, mesmo uma técnica invasiva e dolorosa como o cateterismo venoso periférico.

Os entrevistados fazem sobressair o facto do estabelecimento de confiança entre os alunos e os doentes, diminui os seus receios quer por insegurança quer por falta de experiência.

“Sim sim, nós criamos uma relação de confiança com o doente, ele acredita em nós, no nosso valor e no nosso potencial o que é bom para nós e para o doente, porque tanto ele como nós ficamos tranquilos na execução da técnica.” E1

“Havendo esta empatia e esta confiança, o doente deixa-nos praticar a técnica sem se opor, e é importante isso.” E1

“Principalmente, e melhor que a empatia é ir com confiança para a frente do doente, para ele poder confiar em nós e pensar que vai ser mais fácil do que ele está habituado.” E4

“Contribui sem dúvida. A relação empática que se estabelece, de confiança, escutar o doente, respeitar a sua privacidade, a própria cultura...pesa muito na relação que se pode construir e vai ajudar no procedimento que estamos a realizar.” E6

Por outro lado, a empatia ajuda a atenuar as consequências do internamento, da saturação, o receio da técnica em si, o mau estar.

A relação empática vai acabar por humanizar a técnica, por lhe conferir um carácter mais pessoal, mais particular, individualizado. Carácter este que interessa aos alunos, à classe de enfermagem, e essencialmente aos doentes.

“Acho que a humanização de cuidados leva-nos a dar um bocadinho de nós e a criar uma relação empática, uma relação terapêutica com o doente e a minimizar um bocadinho essa técnica, que é muito importante mas que deve ser minimizada com pequenos gestos humanos.” E4

“(…) está relacionado sim com a empatia que o doente tem com a pessoa, a relação que se estabelece e por vezes uma simples conversa altera aquele receio e mau estar da pessoa E3

“(…) e a parte empática, devemos ter empatia por ele e explicar o procedimento.” E4

2.4.2 - Respeito pelos direitos do doente

Na prática hospitalar, é difícil não ultrapassar alguns limites, os limites dos doentes, os seus tempos, as suas vontades, a sua forma de realizar as actividades de vida diárias...tudo isto pelo ritmo a que os turnos decorrem.

Naturalmente, em serviços mais tranquilos, existe forma de acompanhar cada doente, de uma forma mais individualizada.

No decorrer desta entrevista, obtivemos opiniões, na sua maioria unânimes, no que diz respeito às práticas hospitalares e às responsabilidades dos profissionais de enfermagem.

Entre a ética e a deontologia encontram-se as características que nos levam a reflectir sobre como agir, e como nos devemos comportar na qualidade de enfermeiros.

Tendo em conta que, por vezes o que parece mais adequado, nem sempre é o mais conveniente para cada doente. Levantando-se assim problemas de ordem ética.

No entanto, de acordo com a opinião dos alunos, os direitos conhecidos legitimamente como os direitos dos doentes, regra geral são respeitados.

“Sem dúvida alguma, e falando por mim e pelos alunos de enfermagem, o doente é um ser humano, e estamos a tratar de uma pessoa como nós, tem de existir respeito, o que por si só é muito importante para o doente.” E3

A privacidade e a confidencialidade são direitos que todos os doentes têm e que nem sempre são respeitados pelos alunos e profissionais. Ao longo das entrevistas os alunos mostraram que existe interesse em respeitar os doentes e os seus direitos, e enumeram alguns motivos para que estes direitos sejam violados.

“Depende do local, depende muitas vezes do proprio hospital não ter condições para haver privacidade com o doente, simplesmente não há condições.” E2

“Existe sim. A confidencialidade, a privacidade...os alunos pelo menos cumprem.” E6

“Acho que sempre tenho visto respeitar o direito da privacidade.” E1

“Existe sim. A confidencialidade, a privacidade...os alunos pelo menos cumprem.” E3

A autonomia é um dos direitos referenciados pelos entrevistados, como o menos cumprido ao longo dos ensinios clínicos e também pelos profissionais. Se bem que é fundamental ser respeitado, pelo bem-estar e recuperação dos doentes.

“Tentamos sempre dar a maior autonomia aos doentes, é bom para eles e fundamental.”E5

O princípio da autonomia

“(…) diz respeito à liberdade de acção com que cada pessoa escolhe – as pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em planos que elas mesmas tenham seleccionado. Significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma – livre e autónoma, capaz de se autogovernar, de decidir por si mesma.” (Código Deontológico, 1998, pag.91).

No entanto, nem sempre este princípio é respeitado, acontece inúmeras vezes fazer-se tudo pelos doentes, para despachar serviço.

“Sim, acho que sim. Nós respeitamos os doentes, se calhar às vezes esquecemo-nos um bocado da parte da autonomia do doente, da privacidade...mas em parte respeitamos.” E4

“Esquecemos por vezes de estimular a autonomia do doente, fazemos as coisas por ele, (...)” E2

Outro parâmetro importante na prática diária com os doentes é o consentimento informado, que deve ser uma marca da execução das normas de enfermagem, uma vez que o doente tem o direito de ser correctamente informado de toda e qualquer prática da qual haja necessidade de executar. Necessitamos da autorização do doente para executar desde um simples cateterismo venoso periférico até à norma mais complicada ou até uma cirurgia. Autorização esta que é dada através da informação específica e clara, fornecida ao doente antes de qualquer intervenção de enfermagem. O consentimento informado é fundamentado no princípio do respeito pela autonomia de cada doente.

Segundo Martinho da Silva cit in Código Deontológico do Enfermeiro (1998, pag.110),

“(…) qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois de a pessoa em causa dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida. A esta pessoa deverá ser dada previamente uma informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como quanto às consequências e riscos. A pessoa em causa poderá, a qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.”

“Quanto ao consentimento informado, nem tanto, já vi algumas vezes enfermeiros a praticar as técnicas sem falar com os doentes, por vezes os doentes não estão na sua total consciência, e pode acontecer um pouco esse erro.” E4

“O consentimento informado nem sempre é respeitado e no que diz respeito à privacidade tem vindo a melhorar.” E5

“Assim o consentimento é o “último” passo, depois da informação e validação da mensagem, para que o utente possua a informação e se sinta livre para decidir.” (Código Deontológico, 1998, pag.111)

2.5 - Visão holística do doente

“(…) é a visão abrangente da pessoa, como um ser biopsicossocial e espiritual.” (Potter e Perry, 2006, pag.4)

“(…) acho que acima de tudo temos de olhar para o doente como um todo. Não fazer apenas cuidados mínimos mas todos os cuidados essenciais, como se ele se sentisse em casa, como se fosse um nosso familiar, como um pai ou uma mãe.” E1

O grande objectivo do tratamento holístico é envolver o doente no seu processo de cura, para que esta seja mais rápida e eficiente. Olhando para o doente, não como uma patologia mas sim como um ser humano único com particularidades e necessidades diferentes das nossas e das dos outros doentes (Potter e Perry, 2006).

“Temos de olhar para o doente de uma forma holística, não é só olharmos para um braço ou para uma perna, mas temos de cuidar do doente de uma forma geral.” E2

“É isso, cuidar do doente de uma forma holística, (…)” E3

“Temos de ver o doente como um todo e escalar prioridades na forma como vamos realizar os cuidados, e que cuidados estão inerentes àquele doente.” E3

O modelo de saúde holística sugere a implementação de variadíssimas técnicas que hoje em dia são essenciais, mas que no início destas práticas eram vistas como experimentais. Para poder corresponder às diversas necessidades dos doentes, para além de se manter a relação terapêutica e a escuta, desenvolvem-se intervenções como, técnicas de relaxamento, massagem, toque terapêutico, exercícios respiratórios, entre outros, que para além de aumentarem o bem-estar e o conforto, em muitos casos promovem o processo de cura, diminuindo a ansiedade e o medo. (Potter e Perry, 2006)

Neste processo e neste envolvimento com as necessidades emocionais e espirituais de cada doente, pratica-se a humanização dos cuidados. Só assim se obtêm os resultados otimizados. Sem esquecer que a família é parte integrante da recuperação dos doentes, e deve ser envolvida em todo o processo. Ao longo deste estudo, obtivemos também esta opinião por parte dos alunos.

“Humanização de cuidados ligo à palavra cuidar, é logo o que me lembro. Dar atenção, olhar para o doente holisticamente, atender às suas necessidades próprias e também englobar a família, é muito importante.” E6

Segundo Potter e Perry (2006, pag.5) “(...) os enfermeiros com uma visão holística estão a integrar estas terapêuticas na prática, para tratarem as necessidades fisiológicas, psicológicas e espirituais do utente (...)”

“Cuidados ao doente, pensando no bem dele. Prestar os cuidados, pensando nas suas necessidades.” E5

Acima de tudo, a visão holística do doente, remete-nos a prestar os melhores cuidados a cada doente, olhando para ele como um ser único e valorizado as suas preocupações, queixas, percepções e valores.

2.6 - Falta de tempo dos enfermeiros

Ao contextualizarmos um pouco a origem da enfermagem como profissão, reflectimos inevitavelmente nos anos em que decorreu a industrialização foram adoptados mecanismos de expansão dos hospitais, que, por sua vez tiveram uma grande influência na classe de enfermagem.

Esta era desqualificada, oferecia assistência barata e mão-de-obra fácil, sem levantar grandes questões de interesses pessoais.

Segundo Lautert (1995) cit in Murofuse *et al.* (2005), nesta época o objective era,

“(...) reduzir custos com a utilização de pessoal sem qualificação ou menos qualificados (baixos salários) e em menor número, para manter a mesma quantidade de serviços prestados” (Murofuse *et al.*, 2005).

As características próprias dos profissionais de enfermagem, como a humildade, a disciplina, a obediência e o espírito aberto para servir o próximo, foram pontos a favor da exploração e abuso da boa vontade dos enfermeiros.

Com base nisto, até aos dias que correm, os enfermeiros sofrem dificuldades profissionais, com políticas frágeis, pouca autonomia para as suas capacidades e remuneração baixa (Murofuse *et al.*, 2005).

Com o decorrer dos anos, a enfermagem tem tentado uma afirmação profissional e a obtenção de maior reconhecimento social.

No entanto, e segundo Ortiz e Platiño (1991) cit in Murofuse *et al.* (2005), foi reconhecida pela Health Education Authority “(...) como a quarta profissão mais estressante, no setor público.”

Murofuse *et al.* (2005) afirma que existem factores que ameaçam os profissionais e que são reconhecidos no ambiente laboral do enfermeiro,

“(...) entre os quais o número reduzido de profissionais de enfermagem no atendimento em saúde, em relação ao excesso de actividades que eles executam, as dificuldades em delimitar os diferentes papéis, (...)”

Estes são factores também mencionados pelos entrevistados neste estudo. Referem então que:

“No entanto há outros factores que afectam, nomeadamente a disponibilidade, o tempo, ter muitos doentes para cuidar, o ter de executar um elevado número de tarefas no mesmo turno tendo um elevado número de doentes atribuídos.” E3

“Eu penso que geralmente os enfermeiros têm muitos doentes a atender, geralmente quatro ou cinco e, por exemplo, no turno da manhã, dividir esse tempo todo pelos quatro ou cinco doentes e querer prestar os melhores cuidados possíveis acaba por ser um pouco difícil.” E1

Ao facto de os enfermeiros terem um número reduzido de profissionais e um elevado número de tarefas para cumprir, acresce o princípio capitalista que actualmente rege os serviços, priorizando assim os aspectos económicos e burocráticos, em detrimento das necessidades que os doentes têm e às quais os enfermeiros deveriam dar resposta (Murofuse *et al.*, 2005).

De acordo com Waldow (2001) cit in Murofuse *et al.* (2005), “(...) ocorre o afastamento do afeto que deveria existir nas relações de trabalho que envolve o cuidado.”

“(...) acho que aí a parte de conseguir acabar tudo a tempo e horas... alguma coisa tem de ficar para trás, e não é a técnica porque é muito importante, fica a parte da relação humana, que é aquela que deixamos de ter tempo para ela.” E4

“A existência de bastantes doentes, faz com que a humanização dos cuidados seja diminuta. E como tal, penso que se os enfermeiros tivessem menos doentes podiam prestar cuidados com maior qualidade, do que se espera de um enfermeiro com sete ou oito doentes. Os cuidados são mais técnicos.” E5

“Pelo número de doentes que temos nas unidades, há falta de tempo para dar a atenção devida.” E6

Sem sombra de dúvida, o cuidar, ou seja, a actividade de enfermagem exige a existência do vínculo entre enfermeiro/doente, no entanto, o mesmo é impossibilitado pelas organizações, devido ao cumprimento das regras instituídas (Murofuse *et al.*, 2005).

Segundo o mesmo autor, essas regras “(...) são referidas como normas, determinações superiores, questões administrativas, tarefas a cumprir, entre outras.”

Gerando assim falta de tempo dos enfermeiros, para o que é realmente importante, não esquecendo que o número de doentes que cada enfermeiro tem atribuído em cada serviço também não melhora esta situação.

Bem como afirmam os alunos questionados durante as entrevistas deste estudo.

“Apenas executamos a prática em si, como dar banho, dar a comida, ver se comeu, se não comeu, e acaba por ser um pouco um “mecanismo robot.” E1

“Acho que, para poder prestar os melhores cuidados e dar toda a atenção ao doente, falar um pouco com ele, dialogar, criar toda essa confiança, tratar dele como um todo acima de tudo, e deixá-lo nas melhores condições, é necessário haver mais tempo.” E1

“O que eu sinto acima de tudo é que, como os alunos têm apenas um ou dois doentes conseguem dar mais carinho, mais amor às pessoas, mais compreensão ouvem mais as pessoas. E porquê? Porque como apenas têm aqueles doentes, conseguem ter mais tempo disponível o que é essencial (...)” E1

“Os enfermeiros como têm muito menos tempo que nós não humanizam os cuidados (...)” E1

“Acho que o principal problema é mesmo a falta de tempo para prestar cuidados.” E2

“Em relação à organização da equipa eu acho que não é por aí, é mais falta de tempo das pessoas.” E2

“(...) para tentar despachar, por falta de tempo.” E2

Surgiu então a necessidade de reflectirmos sobre o trabalho de enfermagem articulando o mesmo com dois elementos bem presentes no seu dia-a-dia, o stress e o burnout.

O conceito de stress foi-se tornando popular e desvanecendo-se no sentido que a população lhe dá.

Murofuse *et al.* (2005) afirma que,

“(...) ele passou a ser utilizado como uma acção resultante de uma “força invisível” e difusa que agiria como intermediária entre o indivíduo e o meio ambiente em que vive e trabalha.”

Para além do sentido prático que pode ser observado e sentido no terreno, quer pelos profissionais, quer pelos alunos, o interesse da reflexão sobre stress, reside na relação que este tem com o sofrimento que este provoca e na morbidade que causa.

Os sintomas através dos quais o stress se manifesta, podem ser físicos e/ou psíquicos, emocionais. De acordo com o mesmo autor os sintomas físicos podem ser, “(...) fadiga, dores de cabeça, insónia (...)”, já os psíquicos,

“(...) diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência.”

Todos eles impossibilitam o contacto necessário com os doentes, incluindo disponibilidade física e mental.

A procura incessante da máxima produtividade, sob qualquer custo, alcançou os limites do Homem e teve como resultado mais uma morbidade.

Surge assim, nos anos 70, a Teoria do Burnout, que, como refere Codo e Vasques-Menezes (1999) cit in Murofuse *et al.* (2005) é uma teoria que se

“(...) dispõe a compreender as contradições da área de prestação de serviços, exatamente quando a produção do setor primário descamba, e o setor terciário vem tomar seu lugar.”

Foi Freudenberg, em 1974, que utilizou o termo Burnout, e o descreveu como “(...) um sentimento de fracasso e exaustão causados por um excessivo desgaste de energia e de recursos”, e observou-o entre os profissionais que trabalhavam diariamente com doentes adictos a substâncias químicas alteradoras de humor.

“Esses trabalhadores reclamavam que já não conseguiam ver seus pacientes como pessoas que necessitam de cuidados especiais, (...)” (Murofuse *et al.*, 2005)

Murofuse *et al.*, (2005) afirma que

“(...) Burnout refere-se a uma síndrome na qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho e faz com que as coisas já não tenham mais importância, qualquer esforço lhe parece inútil.”

Burnout é assim um conceito com diversas dimensões, e que envolve três componentes independentes: a) exaustão emocional; b) despersonalização; c) falta de envolvimento no trabalho.

De acordo com Murofuse *et al.* (2005), embora independentes estas componentes podem ocorrer associadas:

a) Exaustão emocional “(...) caracteriza-se por uma falta ou a carência de energia acompanhada de um sentimento de esgotamento emocional.”

b) Despersonalização pode provocar é “(...) tratar os clientes, colegas e a organização como objecto, “coisificando” a relação.”

c) Falta de envolvimento no trabalho

“(...) é uma dimensão na qual existe um sentimento de inadequação pessoal e profissional. Há uma tendência de o trabalhador se auto-avaliar de forma negativa, com uma evolução negativa que acaba afetando a habilidade para a realização do trabalho e o atendimento, o contato com as pessoas usuárias do trabalho, bem como com a organização.”

2.7 – Código Deontológico dos enfermeiros

“O código deontológico diz-nos os deveres e o que é ético ou não, o que devemos realizar. Depois há a parte humana que é sobreposta ao código deontológico.” E3

É importante, como enfermeiro, conhecer a Lei e ter discernimento judicioso, para que se perceba a forma como ela intervém na prática desta profissão e de que forma a afecta.

Só desta forma se prestam cuidados com competência e em segurança, conhecendo a legalidade da profissão.

Para que se possa reflectir e perceber as alterações na sociedade e também na prestação de cuidados, as leis estão em constante mudança.

Então, há que ter a correcta noção dos limites legais que afectam a prática de cada enfermeiro, para se reconhecer as responsabilidades e proteger-se, bem como aos doentes (Potter e Perry, 2003).

Se bem que a Humanização é um dever dos enfermeiros, este não está explícito no REPE. No entanto, foi referido pela grande maioria dos alunos entrevistados.

“A essência da enfermagem é o cuidar. Portanto a humanização é lógico que sim, é um dever. Temos o REPE, o REPE tem.” E7

“Sim, sem dúvida alguma, é um dever.” E4

O REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) é um instrumento essencial para a autonomia dos enfermeiros, abrangendo todos os possíveis locais de trabalho e todos os profissionais sem excepção.

“MAS...sendo qualquer lei um meio e não um fim, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros agora publicado, implica: 1. que todos o tornemos útil na nossa prática diária. 2. que desta prática/aplicação construamos o que no futuro deve ser aperfeiçoado. 3. que sejam de imediato criadas as condições para a constituição do Órgão de Controlo Autónomo” (REPE, 2006).

IV – Discussão dos Resultados

Neste capítulo propomo-nos discutir os resultados a que chegamos com o nosso estudo, à luz do que é conhecido sobre a teoria, bem como os resultados de estudos anteriores nesta área. Com base nas respostas e conseqüentemente na opinião dos sete alunos entrevistados que formaram a nossa amostra, para a realização deste trabalho e discussão dos respectivos resultados.

Decorrente disto, observamos então que:

- As maiores dificuldades que os alunos sentem na realização do cateterismo venoso periférico são a falta de prática/experiência e a pressão exercida pelos orientadores sobre os alunos. O facto de ter de se puncionar rápido e bem, torna-se difícil quando não existe experiência nem muitas oportunidades de prática. É constatado que o suporte teórico ministrado ao longo do curso não é de facto por si só suficiente.
- A inexperiência confere aos alunos medo de falhar e medo de magoar o doente, causar dor.
- Por outro lado com as respostas obtidas pelas entrevistas podemos também constatar que os doentes manifestam algum receio de serem puncionados por alunos, o que dificulta o estabelecimento de uma relação terapêutica, aumentando o nervosismo e a falta de confiança nos alunos.
- Os alunos realçaram a importância da existência da relação de ajuda, o que nos permitiu concluir, que embora não sendo uma verdade absoluta, esta relação facilita o contacto, aumenta a confiança do doente no enfermeiro, transmite disponibilidade por parte dos profissionais de enfermagem e promove a humanização.
- A empatia e o estabelecimento de confiança para além de facilitarem a adaptação dos doentes ao internamento e às rotinas inerentes, facilitam também a prática dos alunos,

para poderem treinar punccionamentos outras técnicas a nível prático e o estabelecimento de relações terapêuticas o que nem sempre é fácil para os alunos.

- Chegámos à conclusão que, do ponto de vista dos alunos e na generalidade, os direitos dos doentes são respeitados. No entanto há direitos que são ultrapassados consciente ou inconscientemente devido ao ritmo a que decorrem os turnos, ao excesso de doentes atribuídos e à falta de tempo dos profissionais. Retirando assim a oportunidade de os doentes serem autónomos, vestirem-se sozinhos, comerem pela sua mão, posicionarem-se e transferirem-se com o seu tempo próprio necessário para as suas actividades. Os enfermeiros caem no erro de fazer as actividades de vida diária pelos doentes, de forma a “ (...)despachar serviço”. Direitos como a privacidade e o consentimento informado, parecem ser mais respeitados, talvez por serem mais flagrantes.

- De acordo com as opiniões dos alunos entrevistados, a visão holística dos doentes por parte dos enfermeiros é essencial para cultivar a humanização e otimizar os cuidados.

- Concluimos também que a falta de tempo dos enfermeiros se deve ao elevado número de doentes que têm atribuídos e aos inúmeros processos burocráticos aos quais têm de dar continuidade diariamente. Esta falta de tempo tem implicações ao nível da capacidade relacional com o doente, fica esquecida a humanização.

- Sem dúvida que o REPE é de conhecimento geral para os alunos e que é imprescindível para ajudar os enfermeiros a regular as suas práticas e a lidar com os dilemas que surgem no dia-a-dia.

V – Conclusão

Este trabalho de investigação teve início com a motivação de perceber a opinião dos alunos da UFP, que frequentam o 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, sobre a relação entre a humanização dos cuidados prestados e as técnicas de enfermagem, nomeadamente o cateterismo venoso periférico. Outro dado analisado foi o conceito de humanização para cada aluno, e a questão da sua praticabilidade nos serviços por onde passaram. Esta reflexão levou-nos a discutir sobre o respeito pelos direitos dos doentes, a confiança, a importância da relação de ajuda, o facto de os enfermeiros terem pouco tempo para humanizar os cuidados e também sobre a falta de experiência dos alunos durante os ensinamentos clínicos relacionada com o medo que os utentes têm de serem tratados por enfermeiros estagiários.

Desta forma, ao longo da investigação e com a análise pormenorizada das entrevistas foram surgindo novas temáticas, e a motivação e o interesse foram aumentando uma vez que foram sendo descobertos novos interesses para uma boa prática de enfermagem.

Durante a realização deste trabalho científico foram existindo algumas contrariedades no que diz respeito à pesquisa bibliográfica para o enquadramento teórico, assim o tema foi explorado da melhor maneira possível, uma vez que a pesquisa não foi fácil pois existe pouca bibliografia disponível sobre a temática, e teve de ser centrado no que é essencial para o estudo. As categorias que emergiram das entrevistas levaram a pesquisas mais exaustivas, para além da bibliografia encontrada para o enquadramento teórico visto terem surgido temas diferentes, como é o caso de “falta de tempo dos enfermeiros”, “respeito pelo direito dos doentes”, “inexperiência” dos alunos e sub-categorias com temas difíceis como, “confiança”.

Para este trabalho foi utilizada metodologia qualitativa, com natureza descritivo-exploratória, e para colheita de dados implementámos a entrevista semi-estruturada com guião que se encontra em anexo.

Assim, depois da análise de dados, não podemos dizer que chegámos a uma conclusão definitiva uma vez que a humanização de cuidados e as práticas de enfermagem como o cateterismo venoso periférico, são pertencças únicas de cada enfermeiro e de cada aluno de enfermagem nas suas práticas diárias. No entanto, podemos concluir que existem vários

factores que influenciam a prática de enfermagem e a humanização dos cuidados prestados, como é o caso da importância da relação de ajuda, do estabelecimento de uma relação empática, da visão holística de cada doente, do tempo que cada enfermeiro tem disponível para a burocracia e para o contacto directo e personalizado com cada doente, o estabelecimento de confiança, entre outros factores.

Com a conclusão deste trabalho, fica a sensação que, embora tenha explorado uma vasta parte deste tema de grande interesse para todos os enfermeiros e alunos em formação, julgo que, muito ainda há a fazer e a investigar nesta área. As alterações que os doentes sofrem em situação de doença e internamento carecem de um trabalho optimizado por parte dos enfermeiros uma vez que são os profissionais que mais tempo passam junto aos doentes. Neste ponto de vista, humanizar torna-se uma prioridade, uma vez que as exigências das entidades empregadoras vão de encontro aos registos informáticos, burocracias e ganhos em saúde, sem que os enfermeiros tenham tempo para cuidar de facto dos doentes e permanecer ao seu lado.

Sem que haja humanização perde-se a essência da profissão de enfermagem e os enfermeiros nunca serão reconhecidos pelas suas qualidades, de facto.

Como forma de despedida, aqui ficam registados mais uma vez os agradecimentos a todos que intervirem directa ou indirectamente na elaboração desta investigação.

Bibliografia

ADAM, E. (1994). *Ser enfermeira*. Medicina e Saúde. Instituto Piaget. Sociedade Astória, Lisboa.

ALEXANDER, M. *et al.* (2002). *Guidelines for the prevention of Intravascular Catheter – Related Infections, Recommendations and Reports*. Morbidity and mortality Weekly Report; 51:1-29.

ÁLVAREZ, M. (2005). *Especial Terapia Intravenosa*. Revista de Enfermería ROL; Volumen 28. Nº11. Noviembre. Artigo.

ANJOS, L. (1998). *Cuidar é amar, revista servir*, volume nº 46, nº4, Julho/Agosto.

BARDIN, L.(2002). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BOGDAN, R., e BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação : Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto, Porto Editora.

CABETE, D.(1999). *O Impacto do internamento no idoso, Nursing: Revista de Formação Continua em Enfermagem*, volume 12.

CARVALHO, Maria Manuela M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Coimbra, Lusociência.

CASATE, J. e CORRÊA, A., (2006). *Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para reflectir sobre a humanização em saúde*. Estudo quantitativo. Pag 323. Artigo de investigação.

COELHO M., (2001). *A (in)visibilidade dos cuidados de enfermagem: um ensaio das (re)ações dos cuidados de enfermagem expressos no corpo dos clientes hospitalizados* processo 478920/2001-6 demanda 05/2001 modalidade APQ. Relatório Final de Pesquisa

cuidar/cuidados de Enfermagem Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil ref. UFRJ 0117.
Rio de Janeiro: EEAN.

1COELHO, Maria T. (2000). *Humanização dos Cuidados ao doente hospitalizado*. Lisboa: Servir, vol. nº48, nº4 (Julho/Agosto).

COLLIÈRE, M., (1986). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa.

COLLIÈRE, M. (2001). *Cuidar...a primeira arte da vida*. 2ª edição. Loures. Lusociência.

FORTIN, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Coimbra: Lusociência.

GAUTHER, B. (2003). *Investigação Social: Da problemática à colheita de dados*. 3ª Edição. Loures: Lusociência.

GEORGE, J. *et al.* (1993). *Teorias de enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre, Artes médicas.

HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures. Lusociência.

HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures. Lusociência.

LAZURE, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa, Lusodidacta.

LEININGER. M. (1991). *Culture Care Diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League of Nursing.

MANZOLLI, M., (1987). *Relacionamento em Enfermagem: aspectos psicológicos*. São Paulo: Sarvier, pp.102.

MAREK, J. *et al.* (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. Volume I . 6ª edição. Lusociência.

MARTINS, P. (2006). *Cuidar da criança com paralisia cerebral e sua família: a relação de ajuda como prática da enfermagem*. Monografia UFP. Porto

MENDES, I.(2000). *O resgate do cuidar na enfermagem*, Rev. Latino-Am. Enfermagem., vol.8, n.3.

MENDES, P.(1995). *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*, Dissertação (Mestrado). Pós- Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo

MOHALLEM, A. *et al.* (2008). *Ansiedade e depressão em alunos de Enfermagem durante o estágio de Oncologia*. Anxiety and depression in Nursing students during Oncology internship. Artigo Original.

MUROFUSE. N. *et al.* (2005). *Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem*. Revista Latino-Americana Enfermagem [em linha]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200019&lng=es&nrm=isso [consultado em:28/05/10].

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998). Coordenação de Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros. Letrário.

PACHECO, S., (2008). *Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem*. Revista *Referência*. II série nº7 Outubro

PAUCHET-TRAVERSAT, A. *et al.* (2003). *Cuidados de Enfermagem. Fichas Técnicas. Fundamentos de Enfermagem, cuidados técnicos centrados na pessoa cuidada.* 3ª edição. Lusociência.

PEPLAU, H., (1952). *Interpersonal Relations in Nursing.* New York: G.P. Putman & Sons.

PEREIRA, A. e PONTES, M., (2006). *Manual de Métodos de Investigação e Projecto de Investigação II e Monografia.* Universidade Fernando Pessoa. Porto.

POTTER, P. e PERRY, A. (2006). *Fundamentos em Enfermagem, Conceitos e Procedimentos.* 5ª edição. Loures. Lusociência.

PHANEUF, M. (1995). *Relação de Ajuda: elemento de competência da enfermeira. “Cuidar”*, Coimbra.

REGUEIRO, P., et al. (2005). *Cateteres Venosos Periféricos.* Revista de Enfermería ROL Volumen 29. Nº 12. Noviembre. Artigo.

RODRIGUES, C., & VEIGA, F. (2006). *Stresse em estagiários de enfermagem e sua influência na relação de ajuda ao doente.* In Tavares *et al* (Orgs), *Activação do desenvolvimento psicológico: Actas do Simpósio Internacional.* Aveiro: Universidade de Aveiro.

SANTOS, José M. (2002). *A Relação de Ajuda. Pinceladas daqui... e dali!*. Universidade Fernando Pessoa. Porto.

SINDICATO DOS ENFERMEIROS, (2006). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.* Departamento nacional de informação/SEP.

SMELTZER, S. e BARE, B., (2002) *Tratado de Enfermagem Medico-Cirurgico.* 9.e.d. v.1. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, , pag. 87.

SMITH-TEMPLE, J., e JOHNSON, J. (2000) *Guia para procedimentos de Enfermagem*. 3ª edição. Artmed. Série Enfermagem.

VILA, V. e ROSSI, L. (2002) *O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido"*. Revista Latino-Americana. Enfermagem vol.10 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. [em linha]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200003&lng=en&nrm=iso [consultado em: 8 de Abril]

ZIMERMAN, G.(2000) *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: artes médicas.

Anexos

Guião da entrevista:

1 - Durante os ensinamentos clínicos teve oportunidade de efectuar cateterismo venoso periférico aos doentes de quem cuidou. Em sua opinião qual é a maior dificuldade que os alunos de enfermagem experimentam na realização desta técnica?

2 - Considera que durante o curso lhe foram ministrados os conhecimentos teórico-práticos suficientes para se sentir à vontade na execução desta técnica?

3 - Quais os cuidados que devem ser considerados para evitar o aparecimento de complicações nomeadamente infecciosas no cateterismo venoso periférico?

4 - Sentiu existir receio ou tensão da parte dos doentes quando eram punccionados? Quais as razões que considera existirem para esse receio ou tensão?

5 - Em sua opinião o estabelecimento duma relação de ajuda com o doente contribuiria para minimizar esses sentimentos? E de que forma?

6 - Qual é para si o conceito de humanização dos cuidados?

7 - Baseado na experiência que adquiriu nos ensinamentos clínicos fale sobre os factores que prejudicam a humanização dos cuidados tanto a nível da organização como a nível das equipas multidisciplinares.

8 - Em sua opinião existe respeito pelos direitos dos doentes?

9 - Acha que a humanização dos cuidados é um dever dos Enfermeiros? Conhece algum documento regulador da profissão onde isso esteja escrito?

Entrevistas

Entrevista 1

1- “Acho que a maior dificuldade, por vezes, é achar as veias para por o catéter, muitas vezes o nervosismo também afecta a confiança para podermos picar eficazmente e chegarmos ao pretendido.”

2- “Sim, sim, sim, acho que aprendemos tudo o que é necessário para executar esta técnica da melhor maneira.”

3- “Acho que é importante vigiar sempre a zona de inserção do catéter, devemos trocar diariamente os pensos, verificar se está com sinais inflamatórios ou não, e efectuar também uma lavagem dos cateteres após a administração de medicação, que é para não criar esse tipo de problemas, ou criar algum embolo lá.

A lavagem das mãos é um passo fundamental sempre que vamos manipular o catéter, porque como sabemos, o catéter é uma fonte de infecção e se algo entra pelo catéter vai entrar na corrente sanguínea, o que poderá provocar uma infecção geral que é prejudicial para o doente.

Acho que os alunos não executam a cem por cento a norma de lavagem asséptica das mãos, acho que ainda existe um pouco essa falha, é um ponto em que os alunos têm de ficar mais educados, e perceberem que é uma técnica bastante importante, nem sempre praticada.”

4- “Penso que sim. Os doentes ao reconhecerem-nos como estagiários,..., alguns doentes têm confiança em nós para praticar-mos uma, duas, três vezes e não têm problema nenhum. Outros ficam bastante nervosos e até pedem para ser um profissional de saúde, porque têm medo, há pessoas que têm medo de serem picadas e querem ser picadas o menos possível, e por vezes não confiam no nosso trabalho e na experiência que temos vindo a desenvolver. Acho que esse é o problema principal.

O motivo é mesmo o medo de nós falharmos e magoar-mos o doente, de podermos perfurar a veia de um lado ao outro, o que é mau e causa dor. É pela dor que eles podem ter, que não nos querem deixar fazer.

Uma pessoa que está habituada a ser muitas vezes internada, já se sente mais à vontade, deixam praticar com mais liberdade e não com aquela apreensão toda. Porque uma pessoa quando é a primeira vez internada é tudo novo, e tem receio de tudo o que lhe possam vir a fazer, por isso, eu penso que por este motivo as pessoas não nos deixam picar, não nos permitem fazer isso com tanta facilidade.

Até a maneira como eles estão connosco nos deixa mais nervosos, mais apreensivos, o que nos vai prejudicar. Enquanto que aquelas pessoas que estão habituadas deixam-nos mais à vontade, estamos mais descontraídos e certamente a técnica corre-nos muito melhor.

O estado de espírito do doente naquela altura também influencia. Um doente que esteja saturado de tudo o que lhe está a ser feito, claro que a maneira como vai reagir é um bocado agressiva, acima de tudo. Mas os casos que tenho apanhado ao longo dos ensinamentos clínicos não são esses. Geralmente as pessoas com algum tempo de internamento deixam-nos mais à vontade para picar.”

5- “Sim sim, nós criamos uma relação de confiança com o doente, ele acredita em nós, no nosso valor e no nosso potencial o que é bom para nós e para o doente, porque tanto ele como nós ficamos tranquilos na execução da técnica. A empatia é muito importante, porque perante qualquer técnica que queiramos executar é importante haver confiança e empatia com o doente.

Havendo esta empatia e esta confiança, o doente deixa-nos praticar a técnica sem se opor, e é importante isso.”

6- “É um conceito muito vago, mas acho que acima de tudo temos de olhar para o doente como um todo. Não fazer apenas cuidados mínimos mas todos os cuidados essenciais, como se ele se sentisse em casa, como se fosse um nosso familiar, como um pai ou uma mãe. Acho que o ser humano deve ser tratado de uma excelente forma, e devemos dar o nosso melhor nesse tratamento.”

7- “Eu penso que geralmente os enfermeiros têm muitos doentes a atender, geralmente quatro ou cinco e, por exemplo, no turno da manhã, dividir esse tempo todo pelos quatro ou cinco doentes e querer prestar os melhores cuidados possíveis acaba por ser um pouco difícil. Acho que, para poder prestar os melhores cuidados e dar toda a atenção ao doente, falar um pouco com ele, dialogar, criar toda essa confiança, tratar

dele como um todo acima de tudo, e deixá-lo nas melhores condições, é necessário haver mais tempo. Havendo tantos doente é mais difícil, ou seja, fica-se mais direccionado para a prática apenas. Apenas executamos a prática em si, como dar banho, dar a comida, ver se comeu, se não comeu, e acaba por ser um pouco um “mecanismo robot”. O que eu sinto acima de tudo é que, como os alunos têm apenas um ou dois doentes conseguem dar mais carinho, mais amor às pessoas, mais compreensão ouvem mais as pessoas. E porquê? Porque como apenas têm aqueles doentes, conseguem ter mais tempo disponível o que é essencial. Os enfermeiros como têm muito menos tempo que nós não humanizam os cuidados, enquanto que os alunos tratam muito melhor das pessoas. Eu acho que as pessoas gostam muito dos alunos porque nós tratamos bem as pessoas e tentamos dar sempre o nosso melhor.”

8- “Quanto ao direito da privacidade, nunca assistia a nada que violasse esse direito. Acho que sempre tenho visto respeitar o direito da privacidade. Quanto ao consentimento informado, nem tanto, já vi algumas vezes enfermeiros a praticar as técnicas sem falar com os doentes, por vezes os doentes não estão na sua total consciência, e pode acontecer um pouco esse erro. Tentamos sempre dar a maior autonomia aos doentes, é bom para eles e fundamental. Penso que as pessoas tentam respeitar ao máximo, existem casos em que os enfermeiros não dormem horas suficientes, têm muito stress acumulado, e acabam por faltar ao respeito aos doentes e não os tratam da melhor forma. Isto não é uma justificação, mas por vezes é o que acontece.”

9- “Sim, é um dever sim senhora.” “Sim, no REP.”

Entrevista 2

1- “A maior dificuldade é a técnica em si, quando não há experiência, nem destreza ainda, apresenta muita dificuldade. Ver qual é o melhor local para puncionar, escolher as melhores veias para colocar o catéter, acho que isso prejudica um pouco.”

- 2- “Não, eu não acho. Nas aulas este tema foi explicado de uma forma vaga, e nas aulas práticas, enfim, como éramos muitos alunos na sala, a professora não teve tanto tempo para observar a técnica; aprender mesmo a técnica foi só na prática, com a orientadora ao lado a observar tudo.”
- 3- “Fazer uma boa desinfecção da pele antes de puncionar, otimizar o catéter uma vez por turno, e vigiar na altura em que formos administrar a medicação. Ver se o catéter está funcionando sempre que for mexer no catéter e ter cuidados de higiene. A lavagem das mãos é fundamental, seja em que altura for, antes dos cuidados, antes de administrar qualquer coisa, deve-se lavar as mãos. Aplicar esta técnica é relativo, e depende dos doentes que se tem. Às vezes temos tantos doentes que não dá para lavar as mãos.”
- 4- “Alguns mostravam-se um bocado inseguros porque eu era aluna. Nunca chegaram ao ponto de recusar e dizer “não vou deixar que você puncione” ou, “não vou deixar que você desenvolva determinado cuidado” e pedir que seja um enfermeiro experiente, mas já vi pessoas mesmo com receio de serem puncionadas por uma aluna, isso sim. Como motivos destaco possível inexperiência e o internamento, porque por vezes são pessoas que já estão internada há muito tempo e por isso já estão um bocado fartas de tantas “picas”. E também já tive casos de profissionais me dizerem que o doente já sofreu bastante, e que é puncionado todos os dias, e por isso eles próprios preferirem puncionar.”
- 5- “Claro, é fundamental estabelecer uma relação de ajuda, mostrarmo-nos disponíveis e manter uma boa relação, uma relação de empatia com o doente. Se ele se sentir mais à vontade eu também me vou sentir mais à vontade na prestação dos cuidados.”
- 6- “Temos de olhar para o doente de uma forma holística, não é só olharmos para um braço ou para uma perna, mas temos de cuidar do doente de uma forma geral. É isso, cuidar do doente de uma forma holística, estabelecer uma relação empática com o doente e mostrarmo-nos sempre disponíveis para ajudar.”
- 7- “Acho que o principal problema é mesmo a falta de tempo para prestar cuidados. Em serviços como medicina ou urgência como não temos tempo para explicar ao doente o

que vamos fazer, simplesmente chegamos e fazemos, porque temos mais coisas para fazer. Em relação à organização da equipa eu acho que não é por aí, é mais falta de tempo das pessoas.”

- 8- “Depende. Depende do local, depende muitas vezes do proprio hospital não ter condições para haver privacidade com o doente, simplesmente não há condições. Chega-se, faz-se e vai-se embora. Por parte dos alunos...eu, pelo menos tentava sempre respeitar o doente e a sua privacidade, acho que isso é fundamental. A privacidade é das coisas que falhava às vezes, mas pronto. Esquecemos por vezes de estimular a autonomia do doente, fazemos as coisas por ele, para tentar despachar, por falta de tempo. Mas sempre que é possível devemos respeitar.”
- 9- “É um dever de todos os profissionais de saúde, não é só dos enfermeiros, é de todos.”. “Sim, no REP.”

Entrevista 3

- 1- “Na minha opinião a dificuldade é a prática, muitas das vezes esta é reduzida. Um aluno que pratique muitas vezes e esteja muito à vontade, vai ter menos receio e menos dificuldades. Muitas das vezes o problema é não terem conhecimentos de como puncionar bem e escolher o tipo de veias que vão puncionar. E também tem muito a ver com a personalidade da pessoa. Puncionar é uma das técnicas em que as pessoas têm receio, mesmo sendo profissionais de saúde, o medo das agulhas existe, é uma dificuldade e vai criar uma barreira entre profissional, ou doente/aluno.”
- 2- “Eu acho que numa fase inicial não tinha, os conhecimentos eram muito reduzidos, até porque na faculdade o material que temos disponível já está de tal maneira saturado que a informação nos é transmitida como se fosse um bem adquirido, e na prática não é o que acontece. Nos estágios passamos por inúmeros internamentos e vamos ganhando mais prática. Se bem que em alguns estágios esta prática é reduzida.”

- 3- “Todos nós devemos ter cuidados na forma como manipulamos o catéter em si. Quando vamos palpar a veia, muitas das vezes desinfectamos a pele, e a maior parte dos alunos vai palpar novamente a veia e já não desinfecta. O tempo que o manderil permanece no doente vai prejudicar a prevenção dessas complicações. O tipo de medicação administrada também tem muita interferência, muitas das medicações podem fazer com que a veia tenha possíveis problemas, nomeadamente a inflamação. Os alunos respeitam a norma de lavagem das mãos mas depende das situações, por exemplo, no serviço de urgência essa regularidade é muito reduzida, a carga de trabalho é muito grande, temos de intervir muito rapidamente e por vezes há pessoas que esquecem essa norma.”
- 4- “Existe, muitas das vezes quando sabem que são alunos, porque existe a ideia de que quem tem mais experiência é que cateteriza melhor, e muitas das vezes isso é um conceito errado, está relacionado sim com a empatia que o doente tem com a pessoa, a relação que se estabelece e por vezes uma simples conversa altera aquele receio e mau estar da pessoa que também passa para o aluno. O facto de o doente ser puncionado duas, três, quatro, cinco vezes, terem muito tempo de internamento e veias muito fragilizadas por uma sobrecarga de punções...vão deixar os doentes saturados, sem paciência... são situações que vão passar para os alunos e se transformam em receio e nos levam a pensar “e se eu falhar?”...”
- 5- “Minimiza, é muito importante. Quando temos boa abertura com o doente e vemos que o doente conversa connosco e nos diz “epá, tudo bem, eu até não gosto mas... tudo bem.” Este à vontade para certas pessoas cria uma força e uma dinâmica que vai minimizar esta barreira.”
- 6- “Temos de ver o doente como um todo e escalar prioridades na forma como vamos realizar os cuidados, e que cuidados estão inerentes àquele doente. O importante é fazer tudo o que é necessário para o doente, com o menor tempo e a menor saturação possível. Englobando tudo, a ajuda, uma palavra amiga...e a nossa personalidade para que a recuperação se dê mais depressa.”
- 7- “Para mim os factores que prejudicam... muitas das vezes a personalidade dos doentes, outras vezes a equipa que está inerente a nós, porque podemos fazer e

humanizar e haver gente que nos condena por isso. No entanto há outros factores que afectam, nomeadamente a disponibilidade, o tempo, ter muitos doentes para cuidar, o ter de executar um elevado número de tarefas no mesmo turno tendo um elevado número de doentes atribuídos. O outro factor é a situação clínica do doente.”

- 8- “Sem dúvida alguma, e falando por mim e pelos alunos de enfermagem, o doente é um ser humano, e estamos a tratar de uma pessoa como nós, tem de existir respeito, o que por si só é muito importante para o doente.”
- 9- “Sim, a parte humana quando realizamos as coisas é muito importante, e todos os enfermeiros têm o dever de humanizar os cuidados.”. “O código deontológico diz-nos os deveres e o que é ético ou não, o que devemos realizar. Depois há a parte humana que é sobreposta ao código deontológico.”

Entrevista 4

- 1- “Como maior dificuldade...penso que é a parte de estarmos a ser pressionados pelo orientador, que nos está a supervisionar, e principalmente, somos um bocadinho preguiçosos para procurar as veias a puncionar. Puncionamos logo na primeira que encontramos.”
- 2- “Teóricos sim, práticos penso que não. Não há grande possibilidade disso porque, por muitas vezes que estivéssemos em laboratório a treinar em bonecos não tem nada a ver com a experiência; a técnica nem faz sentido sequer. É uma questão de treinar o ângulo porque palpar as veias no boneco não faz sentido, no boneco vêem-se perfeitamente e no ser humano não. Senti-me com maior experiência para puncionar no estágio de urgência, no fim de se adquirir bastante experiência é que se consegue puncionar. Acho que não adiantava muito a prática desta técnica em laboratório.”
- 3- “Primeiro de tudo a lavagem das mãos que é muito importante, depois a parte de efectuar o ângulo correcto aquando a punção; otimizar os cateteres sempre que possível que é uma parte muito importante, administrar a medicação e fazer um flush

com soro fisiológico, porque muitas vezes os cateteres não ficam permeáveis por causa disso.”

- 4- “Sim, claro que sim. Sentem receio e referindo-me a nós alunos, esse receio deve-se muitas vezes por ser-mos alunos. E também porque os doentes estão saturados de serem puncionados, pela dor que isso provoca e pelo tempo de internamento que eles têm, o que leva à saturação. Terem pessoas à sua volta a procurar veias para puncionar é um factor de stress muito grande.”

- 5- “Se calhar um bocadinho, mas não totalmente porque não é a relação que temos com eles que vai minimizar a tensão de dor que eles sentem, de nervosismo, da tal saturação de estarem no hospital internados. Penso que não será um caso que a relação de ajuda minimize. Aqui entra a relação a ter com o doente, tentar distraí-lo quando vamos puncionar, falar de outras coisas, e a parte empática, devemos ter empatia por ele e explicar o procedimento. Principalmente, e melhor que a empatia é ir com confiança para a frente do doente, para ele poder confiar em nós e pensar que vai ser mais fácil do que ele está habituado. Muitas das vezes eles viram-se para nós e dizem “ah, afinal não doeu nada”, e se calhar até foi porque estivemos a falar com eles ou estivemos a distrai-los.”

- 6- “As técnicas são muito importantes e até o cuidado que temos com elas, mas acho que para chegar-mos ao pé de um doente e executar-mos uma técnica, não estamos a ser enfermeiros, não há parte humana no tratamento do doente, há uma parte técnica. Acho que a humanização de cuidados leva-nos a dar um bocadinho de nós e a criar uma relação empática, uma relação terapêutica com o doente e a minimizar um bocadinho essa técnica, que é muito importante mas que deve ser minimizada com pequenos gestos humanos.”

- 7- “Penso que a nível da equipa, ou da parte aluno-orientador, nós somos pressionados a fazer tudo rápido e temos de acabar dentro do limite, para que depois possam dizer que gerimos bem o tempo, e acho que aí a parte de conseguir acabar tudo a tempo e horas... alguma coisa tem de ficar para trás, e não é a técnica porque é muito importante, fica a parte da relação humana, que é aquela que deixamos de ter tempo para ela. É melhor ir lá e executar a técnica e não fazer mais nada, mas a técnica está

feita. É um bocado por aí que toda a gente pensa, e é um bocado por aí que nós somos pressionados a fazer isso nos hospitais. ”

- 8- “Sim, acho que sim. Nós respeitamos os doentes, se calhar às vezes esquecemo-nos um bocado da parte da autonomia do doente, da privacidade...mas em parte respeitamos. Os alunos respeitam, mas se calhar por estarem em supervisão, por termos isto tão fresco...penso que os profissionais desrespeitam esta parte do direito dos doentes, mas não exageradamente, como é lógico.”
- 9- “Sim, sem dúvida alguma, é um dever. Acho que era tudo muito melhor se tivesse essa parte e um dos bons exemplos é a diferença entre um estágio em medicina e um estágio em comunitária. No estágio de urgência não temos a parte humana, basicamente, e num estágio de comunitária temos muito a parte humana. Talvez no REP, não sei muito bem. Não li muito sobre isso. ”

Entrevista 5

- 1- “A dificuldade nessa técnica, eu penso que será mais na parte psicológica do doente. Porque muitas das vezes, ainda antes de puncionar-mos eles já se estão a queixar, esse é o maior entrave.”
- 2- “Sim sim, foi-nos demonstrado como se realiza a técnica, através de documentos teóricos e a nível prático também. Penso que foi uma técnica muito bem elaborada nesse sentido.”
- 3- “Puncionar bastante bem, tem de se ter já um certo domínio nesta técnica, ... para além disso ter os cuidados devidos a nível da assépsia quando se realiza esta técnica, penso que é a grande chave na execução desta técnica. Penso que sim, põem em prática, principalmente os alunos, logo de início, é a primeira técnica que nos ensinam, a lavagem das mãos.”
- 4- “Sim sim, bastante. Picar dói, basicamente, logo eles vêm uma agulha e tentam reagir. E a maneira de reagir perante essa situação é queixarem-se. Portanto é

normal! Se calhar, com o prolongamento do tempo de internamento os doentes vão perdendo esse receio. No entanto ao ficarem saturados também se podem queixar na realização desta técnica.”

- 5- “Sim, ao ter-mos uma boa relação com o doente ele vai confiar em nós e vai-se sentir mais à vontade no cateterismo.”
- 6- “Cuidados ao doente, pensando no bem dele. Prestar os cuidados, pensando nas suas necessidades.”
- 7- “A existência de bastantes doentes, faz com que a humanização dos cuidados seja diminuta. E como tal, penso que se os enfermeiros tivessem menos doentes podiam prestar cuidados com maior qualidade, do que se espera de um enfermeiro com sete ou oitos doentes. Os cuidados são mais técnicos.”
- 8- “Sim, mas lá está, como os enfermeiros têm cada vez mais doentes, os direitos ficam mais de lado. No entanto os enfermeiros tentam respeitar ao máximo os direitos dos doentes. O consentimento informado nem sempre é respeitado e no que diz respeito à privacidade tem vindo a melhorar.”
- 9- “Sim, tem no REP.”

Entrevista 6

- 1- “A principal dificuldade é encontrar a veia, também por causa da localização anatómica, não temos tão presente a localização de todas as veias e pela experiência em realizar a técnica, depois, a técnica asséptica o facto de se fazer tudo ao mesmo tempo e nem sempre se cumpre na perfeição.”
- 2- “Sim tanto a nível teórico como nas aulas práticas. Pudemos praticar bastantes vezes, fazer bastantes exercícios que nos ajudaram na parte dos estágios. Mas em estágio é

que conseguimos praticar bastantes vezes e durante todos estes estágios conseguimos evoluir, sendo que agora no último, no meu caso, é que consegui aperfeiçoar mesmo a técnica com bastantes dicas que os enfermeiros nos deram.”

- 3- “Lavagem das mãos é a primeira coisa que se deve fazer, é essencial. Depois a técnica asséptica na realização do procedimento. Os alunos estão alertados para isto, acho que cumprem, sim.”
- 4- “Senti alguns, nem sempre mas na maioria sim. Sentem receio ou tensão primeiro porque sabem que somos estagiários, daí a falta de experiência, depois terem medo das agulhas, medo de ver sangue, e quando estão muito tempo internados e têm de ser puncionados várias vezes começam a ter mais receio cada vez que vamos ter com eles para puncionar novamente.”
- 5- “Contribui sem dúvida. A relação empática que se estabelece, de confiança, escutar o doente, respeitar a sua privacidade, a própria cultura...pesa muito na relação que se pode construir e vai ajudar no procedimento que estamos a realizar.”
- 6- “Humanização de cuidados ligo à palavra cuidar, é logo o que me lembro. Dar atenção, olhar para o doente holisticamente, atender às suas necessidades próprias e também englobar a família, é muito importante.”
- 7- “A nível da equipa na realização dos procedimentos é mais... dão muita atenção à técnica e pouca aos doentes em vez de ser ao contrário. Pelo número de doentes que temos nas unidades, há falta de tempo para dar a atenção devida. A nível da equipa multidisciplinar, acho que os hospitais não estão muito incentivados para a palavra cuidar, não são muito incentivados, embora nós na faculdade tenhamos sido bastante alertados para isso.”
- 8- “Existe sim. A confidencialidade, a privacidade...os alunos pelo menos cumprem. Embora nos hospitais, e nos enfermeiros que estão a trabalhar não se note tanto. Mas os alunos sim.”

9- “É sim, sem dúvida. Sim no REP.”

Entrevista 7

- 1- “Acho que não é a técnica em si mas sim a pressão que sentem por parte dos orientadores. Não se pode falhar.”
- 2- “Se bem me lembro só tive uma aula em que treinei cateterização, se calhar era importante incidir mais nessa parte.”
- 3- “É preciso ter cuidados a nível da higiene, lavagem das mãos que não é valorizada, depois, também ter em consideração que cada doente é um doente, a desinfecção do local da punção...se tudo isto for respeitado não há problema. Os alunos desvalorizam um bocadinho, e até os profissionais. Os alunos são o que vêm.”
- 4- “Têm, principalmente quando os alunos vão com aqueles tremeliques todos, que é normal, eles ficam um bocadinho assustados. No entanto há outros que são extremamente compreensivos e que até nos ajudam a relaxar e a ter mais confiança no que estamos a fazer. Como principais motivos, para já, estão internados, estão num ambiente que não é o deles, e é diferente, tudo o que é hospitalar vai assustá-los e metendo agulhas..., eles assustam-se com isso.”
- 5- “É fundamental, eu acho que a enfermagem é o elo de ligação entre o doente e o resto da unidade hospitalar e infelizmente é muito desvalorizado pelos profissionais, pelos alunos, e as pessoas não percebem que o facto de mostrar disponibilidade,... que para mim é um bocadinho da relação de ajuda, ... mas bastar ir junto do doente perguntar se está bem, se precisa de alguma coisa, se precisar para chamar...basta isto, não é preciso estar la sentadinho na cama à conversa com o doente. Essencialmente mostrar disponibilidade.”
- 6- “Disponibilidade, toque. Que se isso fosse feito como humanização já era bom.”

- 7- “Eu acho que o que importa neste momento é ser-se produtivo. Ou seja, a técnica é muito importante, o que interessa é fazer-se bons punçionamentos, a parte técnica é muito valorizada, a parte científica também e a desvalorização que dão à relação de ajuda, ao cuidar, ...à humanização, nota-se em todos os estabelecimentos de saúde. Se bem que há óptimos profissionais que valorizam imenso. Com a pressão dos enfermeiros chefes, das direcções, que “é preciso isto, é preciso aquilo”, a humanização fica um bocado posta de lado.”
- 8- “Há instituições em que sim, outras nem tanto. Os alunos coitados, acho que fazem um esforço, mas como a orientação está tão mecanizada, lá está, para a parte técnica, para a parte científica... coitados são obrigados a por essa parte de lado.”
- 9- “A essência da enfermagem é o cuidar. Portanto a humanização é lógico que sim, é um dever. Temos o REP, o REP tem. ”