

A
11/01/13

Marta Sofia Oliveira Sobrado

LEITURA
INTERNA

UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do
Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde

Porto, 2009/2010

С. П. А.
И. П. О. В. О. К.

Marta Sofia Oliveira Sobrado

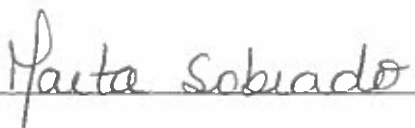
**Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do
Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde

Porto, 2009/2010

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do
Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS



Marta Sofia Oliveira Sobrado

Projecto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

SUMÁRIO

O Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, assim como todos os temas que se relacionam no campo da ética e deontologia profissional da enfermagem, cada vez assume mais importância na prática do exercício profissional.

Para perceber qual a informação que os alunos de enfermagem, que já terminarem o ensino clínico de enfermagem de médico-cirúrgica, já adquiriu sobre consentimento informado livre e esclarecido estabeleceu-se os seguintes objectivos:

1. Identificar o conceito Consentimento Informado, Livre e esclarecido, que os alunos do 3º ano do CLE da UFP possuem;
2. Identificar os elementos necessários para a concretização do Consentimento Informado, Livre e esclarecido, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP;
3. Identificar as aplicações em contexto clínico do Consentimento Informado, Livre e esclarecido, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP;
4. Identificar nos alunos do 3º ano do CLE da UFP; as diferentes formas de aplicação do Consentimento Informado, Livre e esclarecido;
5. Identificar, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP, o cumprimento do Consentimento Informado, Livre e esclarecido, tendo em conta o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE).

Para atingir os objectivos acima propostos foi realizado um estudo descritivo simples, transversal, em meio natural, aos alunos de enfermagem que frequentaram pelo menos o 3º ano do CLE e que já concluíram o ensino clínico de enfermagem médico-cirúrgica. A estes foi aplicado um questionário como instrumento de recolha de dados.

A população em estudo é constituída por sessenta (60) alunos de enfermagem.

A amostra, obtida por um processo de amostragem não probabilística por conveniência, é constituída por 48 alunos (n=48) que estão a frequentar o 3º ano da licenciatura em enfermagem da UFP – FCS.

Através dos dados colhidos verifica-se que muitos dos alunos não fazem distinção entre princípios éticos, assim como aquele que diz respeito ao consentimento informado. Não sabem distinguir as várias formas de consentimento informado e utiliza-las na prática clínica. E ainda não percebem qual o documento que tem em conta o consentimento informado livre e esclarecido, que se designa de Código Deontológico do Enfermeiro.

SUMMARY

The Informed Consent, and all topics that relate to ethics and professional ethics of nursing, increasingly assumed more importance in the professional practice.

To understand what information the students of nursing, who has finished the clinical training of medical-surgical nursing, has already acquired about free and informed consent form was established the following objectives:

1. Identify the concept Informed Consent on the students of 3rd year of the CLE of UFP – FCS;
2. Identify the elements required for the completion of Informed Consent by the students of 3rd year of the CLE of UFP – FCS;
3. Identify the applications in the clinical context of Informed Consent by the students of 3rd year of the CLE of UFP – FCS;
4. Identify different forms of implementation of Informed Consent by the students of 3rd year of the CLE of UFP – FCS;
5. Identify, by the students of 3rd year of the CLE of UFP – FCS, the fulfilment of Informed Consent, taking into account the Code of Ethics of Nurse (CDE).

To meet the objectives proposed above was a descriptive study simple cross in the wild, the nursing students who are attending at the least the 3rd year of CLE and who have completed the clinical training of medical-surgical nursing. To these was applied a questionnaire.

The study population consists of sixty (60) nursing students. In 10 of these students was administered a pretest and therefore were not part of the study, as well as two students who had not completed the Clinical Training of Medical-Surgical Nursing.

Through the data collected it appears that many students do not distinguish between ethical principles, as well as one that relates to Informed Consent. Can not distinguish the various forms of Informed Consent and use them in clinical practice. And still do not understand what the document that takes into account the Informed Consent form, which means the Code of Ethics of Nurse (CDE).

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que me ajudaram, apoiaram e incentivaram a terminar esta etapa da vida e a ultrapassar todas as dificuldades que surgiram...

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

%	.....	Percentagem
\bar{x}	.....	Média Aritmética
CDE	.....	Código Deontológico do Enfermeiro
CLE	.....	Curso de Licenciatura em Enfermagem
EC	.....	Ensino Clínico
EMC	.....	Enfermagem Médico-Cirúrgica
FCS	.....	Faculdade de Ciências da Saúde
Me	.....	Mediana
Mo	.....	Moda
n	.....	Amostra
OMS	.....	Organização Mundial de Saúde
RENDA	.....	Registo Nacional de não Dadores
UFP	.....	Universidade Fernando Pessoa

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	1
I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
1. Conceito de Pessoa.....	4
2. Princípios Éticos Fundamentais	6
2.1. Respeito Pela Autonomia ou Princípio da Liberdade	6
2.2. Princípio da Beneficência e Não-maleficência	7
2.3. Princípio da Justiça.....	7
2.4. Princípio da Vulnerabilidade.....	8
3. Consentimento Informado	9
3.1. Competência.....	11
3.2. Comunicação	12
3.3. Compreensão	13
3.4. Voluntariedade	14
3.5 Consentimento.....	15
4. Variantes do Consentimento Informado.....	17
5. Necessidade de uma Ética em Enfermagem.....	20
II. ESTUDO EMPIRÍCO	24
1. Metodologia.....	24
2. Objectivos Gerais e Específicos	25
3. Tipologia de Estudo.....	26
4. Definição de Variáveis	27
4.1. Variável Atributo.....	27
5. População	28
6. Amostra	29
7. Instrumento de Colheita de Dados	30

8. Pré-teste	32
9. Princípios Éticos.....	33
10. Análise e Tratamento de Dados.....	35
III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	36
1. Caracterização da Amostra.....	36
1.1.Distribuição da amostra segundo o sexo.....	36
1.2.Distribuição da amostra segundo a idade.....	36
1.3.Distribuição da amostra que frequenta pelo menos o 3º ano do CLE.....	37
1.4.Distribuição da amostra que terminou o ensino clínico de enfermagem médico-cirúrgica	37
2. Apresentação e Análise de Dados	38
2.1 Distribuição da amostra segundo a identificação do conceito de consentimento informado, livre e esclarecido	38
2.2. Distribuição da amostra segundo a identificação do conceito de consentimento informado, livre e esclarecido	39
2.3. Distribuição da amostra segundo a identificação dos elementos necessários para obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido.....	40
2.4. Distribuição da amostra segundo a identificação das variantes do consentimento informado, livre e esclarecido	41
2.5. Distribuição da amostra segundo a aplicação do consentimento informado, livre e esclarecido a intervenções de enfermagem.....	43
2.6. Distribuição da amostra segundo os princípios éticos que se relacionam com o consentimento informado, livre e esclarecido	46
2.7.Distribuição da amostra segundo os Artigos do Código Deontológico do Enfermeiro que identificam com o consentimento informado, livre e esclarecido	47
III. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	49
IV. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	59
Anexo I – Questionário	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Objectivos específicos definidos no trabalho de investigação e enunciados do questionário concretizados para atingir os objectivos	31
Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o sexo	36
Tabela 3 – Distribuição da amostra que frequenta pelo menos o 3º ano do CLE	37
Tabela 4 – Distribuição da amostra que terminou o ensino clínico de enfermagem médico-cirúrgica.....	37
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a identificação do conceito de consentimento informado, livre e esclarecido	38
Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a identificação do conceito de consentimento informado, livre e esclarecido	39
Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo a aplicação do consentimento informado, livre e esclarecido a intervenções de enfermagem	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo a idade.....	36
Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo a identificação dos elementos necessários para obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido.....	40
Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo a identificação das variantes do consentimento informado, livre e esclarecido.....	41
Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo os princípios éticos que se relacionam com o consentimento informado, livre e esclarecido.....	46
Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo os Artigos do Código Deontológico do Enfermeiro que identificam com o consentimento informado, livre e esclarecido.....	47

0. INTRODUÇÃO

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”¹ Assim pode-se dizer que a prática de Enfermagem é dirigida a pessoas pelo que podemos dizer que somos *gente que cuida de gente*² e por isso os cuidados de enfermagem devem assentar em princípios éticos.

Se por um lado os profissionais de saúde, com anos de experiência encontram problemas éticos e tem dificuldade em os ultrapassar, prevê-se que os enfermeiros recém-licenciados, apesar de terem uma ligeira formação inicial sobre ética e deontologia profissional, tenham imensas dificuldades em ultrapassar determinadas questões éticas.

Na recta final da Licenciatura em Enfermagem, em que ao longo dos estágios se dá mais importância à execução das técnicas, pretende-se com este trabalho identificar os conceitos adquiridos pelos alunos que já realizaram ensino clínico de enfermagem médico-cirúrgica e como utilizam o consentimento informado, livre e esclarecido nos estágios. Assim o tema deste trabalho designa-se de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP – FCS.

A escolha de um tema relacionado com Bioética surgiu após a frequência nas aulas de ética e deontologia profissional, leccionadas no 1º ano da Licenciatura em Enfermagem. Nesta abordamos alguns aspectos que à primeira vista não pareciam ser importantes e outros que pareciam óbvios, isto porque não havia nenhum contacto com a prática hospitalar. Ao fim de quatro anos da frequência no curso de Enfermagem, os aspectos éticos abordados no 1º ano de licenciatura, começam a fazer mais sentido e a revelar a sua importância, pois nem sempre eram cumpridos.

¹ Decreto – Lei n.º 161/96, Artigo 4.º, Ponto 1. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (4 Set.).

² Referência à expressão de Wanda Horta.

Durante os ensinamentos clínicos surgem algumas situações que suscitavam dúvidas relativamente à actuação dos profissionais de saúde no que diz respeito à autonomia do doente e por isso decidi aprofundar conhecimentos sobre a área do consentimento informado, livre e esclarecido.

De facto, no contexto dos ensinamentos clínicos, as situações com que os enfermeiros se deparam e os conflitos éticos que surgem das mesmas não são fáceis de resolver. No entanto, cabe aos enfermeiros aprofundarem os seus conhecimentos assim como aos alunos de enfermagem.

Com este trabalho pretende-se perceber se os alunos da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa conseguiram adquirir conhecimentos, ao nível da ética e deontologia da enfermagem, e se são capazes de os usar em contexto clínico.

Por esta razão, o trabalho apresentado consiste numa revisão de conceitos de ética, dando especial ênfase ao consentimento informado, livre e esclarecido e tenta, por meio de questionário, perceber como se sentem os alunos que já realizaram ensino clínico de enfermagem médico-cirúrgica na resolução de questões éticas quando estão a caminho de exercer autonomamente o exercício da profissão de enfermagem.

Com o presente trabalho de investigação pretende-se verificar se os alunos de enfermagem, identificam alguns conceitos básicos sobre consentimento informado, livre e esclarecido. Para isso foram definidos os seguintes objectivos do trabalho de investigação:

1. Identificar o conceito de consentimento informado, livre e esclarecido, que os alunos do 3º ano do CLE da UFP possuem;
2. Identificar os elementos necessários para a concretização do consentimento informado, livre e esclarecido, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP;
3. Identificar as aplicações em contexto clínico do consentimento informado, livre e esclarecido, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP;
4. Identificar nos alunos do 3º ano do CLE da UFP as diferentes formas de aplicação do consentimento informado, livre e esclarecido;

5. Identificar, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP, o cumprimento do Consentimento Informado, Livre e esclarecido, tendo em conta o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE).

O meio onde se realizou o projecto de investigação designa-se por meio natural, nas instalações da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde.

O método utilizado foi o quantitativo, sendo que o estudo é do tipo descritivo, transversal.

O processo de amostragem a que recorremos foi o não probabilístico por conveniência.

Para a recolha de dados desde estudo utilizamos como instrumento o questionário.

O trabalho de investigação decorreu no período de 1 de Setembro de 2009 até 13 de Julho de 2010. No entanto, tornou-se difícil conciliar o trabalho de investigação com os ensinamentos clínicos pois estes ocupavam grande parte do tempo, tanto em meio hospitalar como tempo em casa de estudo de modo a aprofundar mais conhecimentos. A revisão bibliográfica foi o conteúdo do trabalho em que foi necessário maior empenhamento, porque a literatura acessível na faculdade é pouca e devido também há inexistência de artigos científicos recentes sobre o tema.

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Conceito de Pessoa

Todo o sujeito humano tem a capacidade para realizar acções e são estas que fazem com que o Homem se realize enquanto Pessoa Humana (Nunes, 1995).

Dessas acções pode-se distinguir o fazer como sendo a capacidade de produzir algo exterior ao próprio sujeito e o agir como aquilo que faz com que a Pessoa se realize no seu interior e por consequência reflecta os valores e princípios que lhe são subjacentes como pertencente a uma sociedade. Por isso se ouve dizer “os actos ficam em quem os pratica” (Nunes, 1995).

Quando o sujeito humano pratica alguma acção tem um objectivo que estabeleceu para si, o que implica que o sujeito exerça o seu direito à liberdade de escolha. Cada um é então capaz de querer realizar algo para atingir determinado objectivo – intenção – escolhe entre as várias opções aquela que lhe parece melhor, considerando riscos e benefícios – delibera – e posteriormente age, segundo aquilo que lhe parece ser a melhor opção para atingir os seus objectivos – decide (Nunes, 1995).

Sendo o sujeito livre de optar pelas suas acções considera-se que ele é responsável pelas mesmas, estando por isso o conceito de responsabilidade inerente à ética, assim como o conceito de liberdade, pois só se pode ser responsável por uma acção sem se ser sujeito a pressões externas, para que a pessoa seja ela própria respeitando os seus princípios e valores que lhe são inerentes (Nunes, 1995).

“A reflexão sobre a Pessoa surge na Antiguidade grega e latina, incorporou uma dimensão ontológica e hoje junta-se à perspectiva de racionalidade, também a de unicidade e de relação” (Vieira, 2008).

Define-se pessoa por qualquer “substância individual de natureza racional” (Boécio). (*cit. in* Vieira, 2008).

Assim, assentam-lhe características como a dignidade individual e a responsabilidade.

Segundo Kant, a pessoa pertencia ao reino dos fins, ou seja, "...cada ser humano é um fim em si mesmo e nunca um meio ou um instrumento de outra vontade"(cit. in Germano et al., 2003).

Na perspectiva de Ernst Block e outros, a dignidade humana tem duas vertentes, uma positiva e outra negativa. Na primeira presume-se que a pessoa seja autónoma e exerça a sua liberdade à auto-determinação, e na negativa consideram que as pessoas não devam ser objecto de ofensas nem humilhações (cit. in Germano et al., 2003).

Cada pessoa insere-se numa sociedade própria, cheia de valores próprios, que a definem. No entanto, aquilo que é verdade para uns pode não ser para os restantes, assim como o que pode ser bom para uns pode não o ser para outros. Deste modo o que é verdade agora pode não o ser noutra situação para o mesmo indivíduo, tal como Ortega y Gasset utilizam a expressão "Eu sou eu e a minha circunstância". (cit. in Germano et al., 2003).

2. Princípios Éticos Fundamentais

Não é possível chegar a um consenso do que será o bem comum e para resolver esses conflitos Beauchamp e Childress (1994) formularam um conjunto de princípios de forma a orientar os cuidados de saúde (*cit. in* Antunes, 1998).

Os princípios éticos fundamentais são a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a vulnerabilidade e tem todos a mesma importância e devem ser aplicados de acordo com a situação e não por hierarquia (Antunes, 1998).

2.1. Respeito pela Autonomia ou Princípio da Liberdade

Autonomia “significa, de um modo geral, independência, ausência de imposições ou coações externas e também, particularmente no caso que nos ocupa, a ausência de limitações e incapacidades pessoais que impedem ou diminuem a liberdade de decisão” (Cabral, 1996).

Quando se fala em autonomia no campo da ética deve-se entender o conceito no âmbito da tomada de decisão, pois uma pessoa considerada não autónoma pode ser pontualmente, ou para algumas situações, capaz de tomar decisões (Cabral, 1996).

Não foi há tanto tempo que o médico era visto como um ser superior. Desta forma, as prescrições médicas eram cumpridas sem terem em conta o respeito pela dignidade humana e a liberdade da pessoa enquanto ser social. Ou seja, a prestação de cuidados tinha como base apenas o princípio da beneficência, resultando muitas vezes em conflitos de valores entre médico e doente (Antunes, 1998).

Em conclusão, este princípio visa a comunicação com o doente para explicar procedimentos, de uma forma clara e de acordo com o seu nível intelectual, para que o mesmo possa decidir de forma consciente e de acordo com as suas crenças e valores aquilo que é melhor para si, desde que não ponha em causa a vida e o respeito que lhe está intrínseco. Na prática o princípio da autonomia concretiza-se com o consentimento informado (Cabral, 1996).

É preciso ter ainda em conta que o princípio do respeito pela autonomia tem duas vertentes. A do doente, referida anteriormente, mas também a do profissional de saúde através da objecção de consciência (Antunes, 1998).

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

2.2. Princípio da Beneficência e Não Maleficência

Estes dois princípios foram, durante muito tempo, a base da prestação de cuidados de saúde. O que significa que estes consistiam em não provocar dano ao doente de forma intencional e/ou negligente, mas sim actuando conforme aquilo que o prestador de cuidados achava ser o melhor, sem ter em consideração valores e crenças do doente e família (Antunes, 1998).

Apesar de não ser hoje a prática corrente ou não dever ser, existem situações em que o doente não se encontra em condições de tomar decisões e por isso a prestação de cuidados é baseada nestes dois princípios.

Ao dar apenas ênfase ao princípio da beneficência, o prestador de cuidados põe nas suas acções os seus princípios e valores que se reflectem nos doentes sem dar importância à pessoa alvo dos cuidados de saúde. Fala-se aqui de paternalismo médico (Antunes, 1998).

Quando se afirma que se deve não provocar o mal de forma propositada ou negligente a uma pessoa refere-se a males corporais, como por exemplo provocar a morte, ainda que essa situação não seja lícita na maior parte das vezes. Porém, existem casos em que pode ser lícita na medida em que haja uma justificação para provocar o mal a alguém, como por exemplo retirar a vida a um feto para salvar a vida da mãe (Cabral, 1996).

2.3. Princípio da Justiça

O princípio da justiça refere-se a uma “justiça distributiva”, pois trata da distribuição de recursos de saúde na sociedade. Por exemplo, num hospital existem dois jovens com

viabilidade para ser reanimados, quando entram em paragem cárdio-respiratória, e só existe uma equipa de reanimação intra-hospitalar, quem deve ser seleccionado? Ou, quem deve ser seleccionado para um transplante cardíaco quando existem vários candidatos possíveis? (Antunes, 1998).

A saúde é um bem essencial, no entanto o envelhecimento da população implica que os recursos disponíveis não sejam suficientes para suprir as necessidades, o que leva a difíceis tomadas de decisão que levantam questões éticas (Antunes, 1998).

2.4. Princípio da Vulnerabilidade

O princípio da vulnerabilidade aplica-se a doentes que por algum motivo estejam numa situação de fragilidade, seja a nível físico como psicológico, como são exemplos os deficientes mentais, crianças, doentes em coma, etc., que não sejam capazes de tomar a melhor decisão relativamente à sua saúde (Antunes, 1998).

Desta forma o profissional de saúde deve ter uma actuação com carácter humanista na medida, em que o doente é considerado incompetente para tomar decisões sobre a sua saúde, dando ênfase ao princípio da beneficência e colocando-se algumas limitações ao princípio da autonomia (Antunes, 1998).

Os princípios éticos apresentados anteriormente, na prática, pouco ajudam na resolução de problemas éticos que surgem no dia-a-dia da prática clínica dos profissionais de saúde. Por esse motivo se consideram os princípios éticos referidos como elementos formais e não operacionais (Cabral, 1996).

No entanto a sua utilização não deve ser posta de lado, pois servem de linhas orientadoras para a resolução dos conflitos éticos práticos, sendo também por isso necessário, como já foi referido, aplicá-los consoantes a pessoa em causa e a situação do momento (Cabral, 1996).

3. Consentimento Informado

Segundo Cauchi (1998) a primeira vez que a essência do consentimento informado surgiu foi em 1928, quando um tribunal dos Estados Unidos da América determinou: “...todos os seres humanos maiores de idade e com saúde mental (competentes) têm o direito a determinar o que deverá ser feito com o próprio corpo; e um cirurgião que realize uma operação, sem o consentimento do paciente, comete uma violação, estando por isso sujeito à exigência de responsabilidade” *Olmstead versus United States* (1928) (cit. in Antunes, 1998).

Em 1948 após a Segunda Guerra Mundial as vítimas desta são sujeitas a investigação científica sem que as mesmas sejam consentidas, o que leva à discussão na altura em que as Nações Unidas aceitam a Declaração Universal dos Direitos do Homem. A Associação Médica Mundial proclama, no mesmo ano, a Declaração de Genebra, da qual surgem mais tarde, entre outros, o Código de Nuremberga e a Declaração de Helsínquia e as respectivas actualizações, com a finalidade de pôr fim à investigação científica em humanos sem que as vítimas dessem o seu consentimento voluntário, enfatizando o respeito pela autonomia, liberdade de decisão e vontade dos doentes (Antunes, 1998).

Utiliza-se a expressão “consentimento informado” a partir de 1931, na Alemanha, para regulamentar as experiências em humanos. No entanto, é a partir de 1948, durante os julgamentos de Nuremberga que se começa a falar publicamente em Consentimento Informado (Antunes, 1998).

É portanto, consequência da Segunda Guerra Mundial e da investigação em humanos, que a postura dos prestadores de cuidados deixa de ser centrada exclusivamente nos princípios da beneficência e da não maleficência e passa a ter em conta o respeito pela autonomia do doente, passando este a ter um papel activo nas decisões em vez da atitude passiva em que o prestador de cuidados era o detentor de todas as decisões (Antunes, 1998).

Esta nova postura implica que os profissionais de saúde tenham o dever de informar o doente correctamente, apresentar todas as alternativas possíveis para a sua situação clínica, dando a conhecer riscos e benefícios para que o doente no final seja capaz de tomar uma decisão consciente, de acordo com as normas propostas pela Declaração de Helsínquia sobre as

experiências em humanos. Claro que esta situação não se aplica só na investigação em humanos mas em todos os procedimentos a realizar pelo profissional de saúde (Antunes, 1998).

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros no Artigo 84º, sobre o dever de informar posso citar “no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: a) informar o indivíduo e a família no que respeita aos 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.”

Nos dias de hoje as pessoas cada vez tem mais acesso à informação da área da saúde colocando cada vez mais dúvidas aos procedimentos propostos sendo também por isso necessário que os prestadores de cuidados de saúde comuniquem e informem as pessoas sujeitas a procedimentos, não só da área médica mas da enfermagem, psicologia, etc. (Antunes, 1998).

A recomendação proposta pelo Grupo de Trabalho da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1985 relembra que “...o respeito pela dignidade da pessoa humana significa, acima de tudo, a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir”. E a sua posterior revisão em 1990 “...afirma a necessidade da livre vontade do paciente para qualquer intervenção médica” (Antunes, 1998).

Ainda a Convenção de Bioética do Concelho da Europa afirma que “...uma intervenção no campo da saúde só deverá ser efectuada após a pessoa o permitir, dando para tal o seu consentimento livre e informado” (*cit. in* Antunes, 1998).

Quando é utilizado o consentimento informado existem um conjunto de condições que precisam de estar reunidas para que esse consentimento seja considerado válido. Em primeiro a pessoa que dá o consentimento deve ser considerada competente para tomar decisões. Segundo o nosso normativo jurídico uma pessoa é considerada competente, a partir dos dezoito anos de idade. No entanto, sendo o consentimento informado um aspecto com bases

éticas, há situações em que o doente que seja menor, de acordo com o estabelecido legalmente, pode dar o seu consentimento (Antunes, 1998).

Para qualquer doente dar o seu consentimento ele deve estar "...consciente, mentalmente competente e não ser sujeito a qualquer tipo de coerção que influencie a sua decisão"(Antunes, 1998).

Segundo Beauchamp e Childress (1994), os elementos que constituem o consentimento informado são (*cit. in* Antunes, 1998):

1. Competência
2. Comunicação
3. Compreensão
4. Voluntariedade
5. Consentimento

Para que o consentimento seja válido é necessário que estes cinco elementos estejam reunidos, pois "o agente dá um consentimento informado se for competente para agir, se receber a informação completa, se compreender essa mesma informação, se decidir voluntariamente e, finalmente, se consentir a intervenção" (Antunes, 1998).

3.1. Competência

Pode-se definir competência como a capacidade de execução de determinada tarefa específica. Aliás existem competências específicas para tarefas específicas, isto é, o facto de uma pessoa não ter competência para a realização de uma tarefa não significa que não a tenha para a realização de outra distinta, por exemplo o facto de uma pessoa ter ficado paralisada (incompetência física) não implica que seja incompetente para a tomada de decisão. Assim, sempre que falamos em competência devemos nos referir a uma situação específica (Antunes, 1998).

No âmbito dos cuidados de saúde devemos distinguir os doentes que tem competência para tomar as suas decisões daqueles que necessitam de um representante legal para tomar as decisões por eles (Antunes, 1998).

Se por motivos extrínsecos – como dor, sofrimento, ou efeito de medicação – o doente não consegue tomar uma decisão a primeira preocupação do profissional de saúde deve ser a de repor ao doente a capacidade necessária para tomar uma decisão. Há ainda doentes em que esta competência decisional varia ao longo do tempo, como por exemplo os doentes com demência, sendo necessário distinguir os períodos de tempo e que estes doentes estão capazes de tomar decisões e de as não tomar (Antunes, 1998).

Em suma, o profissional de saúde deve determinar o nível de competência podendo utilizar como recurso testes empíricos como escalas de avaliação de demência para cada doente com a finalidade de proteger o doente de uma decisão que não seja no melhor interesse da sua saúde, devido a um estado de incompetência (Antunes, 1998).

É ainda de salientar que esta avaliação deve ser feita conforme a gravidade da doença e em tempo útil. Albert Jonsen (1999) ainda considera “o nível de capacidade requerido para tomar decisões varia com o grau de e probabilidade de risco, com a extensão de benefício e com o consentimento e a recusa”, isto é, o nível de competência que se exige para a tomada de decisão varia de acordo com a situação, o que implica que o profissional de saúde também saiba reconhecer o nível de competência exigível para cada situação (*cit. in* Antunes, 1998).

3.2. Comunicação

O profissional de saúde deve sempre apresentar ao doente a informação sobre procedimentos/tratamentos a realizar, assim como as alternativas que existam, pois só assim o doente poderá escolher e tomar uma decisão. No entanto é necessário por vezes omitir informação em benefício do doente (Cabral, 1996).

A omissão de informação ao doente deve ser feita quando o profissional de saúde constata que a mesma, na sua totalidade ou parcialmente, possa ser prejudicial para o doente em causa, como sendo por exemplo doentes com doença psiquiátrica ou patologias cardíacas graves em

que um estado de ansiedade possa agravar a sua situação clínica, colocando assim em prática o princípio da beneficência (Antunes, 1998).

Outra situação em que é válida a omissão de informação ao doente é quando o mesmo se recusa a tomar conhecimento da sua situação clínica, aceitando ou não as intervenções a serem realizadas (Antunes, 1998).

3.3. Compreensão

Mais importante do que aquilo que dizemos ao doente é assegurar que o doente percebe toda a informação recebida e de forma correcta, caso contrário não será capaz de tomar uma decisão consciente (Antunes, 1998).

As pessoas tem níveis de compreensão diferentes, deste modo é essencial que o profissional de saúde tenha competências ao nível da comunicação, coisa que até há pouco tempo era descurada pois o profissional de saúde dava ênfase ao princípio da beneficência assumindo para o doente todo e qualquer procedimento que lhe parecesse o mais benéfico (Antunes, 1998).

Uma das dificuldades, para transmitir informação, sentidas pelos profissionais de saúde é a discrepância entre a linguagem, científica e técnica, dos profissionais de saúde e dos doentes. Assim, os profissionais devem adequar a sua linguagem de acordo com o grau de compreensão do doente de forma a transmitir a informação para que esta seja entendida pelo doente, isto é, o profissional deve estabelecer com o doente uma relação de confiança, formando assim uma relação terapêutica (Antunes, 1998).

German (1998) enumera alguns pontos essenciais a que o profissional de saúde deve atender, quando informa o doente. (*cit. in* Antunes, 1998). São eles:

1. “Uma explicação quanto às condições clínicas envolventes” (Antunes, 1998).
2. “A necessidade do procedimento ou tratamento proposto” (Antunes, 1998).
3. “O reconhecimento dos riscos e benefícios envolvidos” (Antunes, 1998).

4. “Procedimentos alternativos adequados à situação, seus benefícios e efeitos secundários” (Antunes, 1998).
5. “As consequências para o paciente em não aceitar a proposta terapêutica” (Antunes, 1998).
6. “O direito do paciente em não consentir, ou, uma vez dado o consentimento, em retirar-se do procedimento em qualquer altura” (Antunes, 1998).

Apesar de tudo o que foi dito há ainda autores que consideram o consentimento informado um instrumento sem benefícios, capaz de causar apenas confusão ao doente e ainda que a informação dada ao doente possa causar malefício em termos psicológicos, opondo-se assim ao princípio da não maleficência. Apenas esta última merece ser tida em consideração, sendo as restantes ultrapassadas à medida que se estabelece a relação terapêutica (Antunes, 1998).

É importante também salientar que o profissional de saúde se deve assegurar que a informação dada ao doente é compreendida pelo mesmo, podendo para isso pedir-lhe para explicar o que lhe foi exposto (Antunes, 1998).

É preciso ter em conta problemas ligados à comunicação que tenham haver com o receptor da informação, como por exemplo doentes com problemas de linguagem ou até o próprio ambiente cultural, étnico ou religioso do doente (Antunes, 1998).

3.4. Voluntariedade

Quando uma pessoa exprime a sua decisão final relativamente a qualquer situação ela não deve estar sob nenhum factor, intrínseco ou extrínseco, que possa levar a uma decisão diferente daquela a que a pessoa tomaria caso não estivesse sujeito a esse factor. Pode-se dar o exemplo de um doente que esteja em sofrimento físico. Este tipo de sofrimento causa alterações a nível emocional e/ou psíquico que podem tornar a pessoa incompetente para tomar uma decisão naquele momento. Assim, como já foi referido anteriormente, deve-se sempre que a incompetência seja reversível eliminar o factor que causa esse estado para a pessoa poder tomar uma decisão, e nos casos em que a incompetência seja irreversível pedir que a tomada de decisão seja efectuada pelo representante legal da pessoa (Antunes, 1998).

Em muitos casos os profissionais de saúde expressão a sua vontade individual, violando o direito à autodeterminação individual do doente e à sua autonomia. É de salientar que “...não está neste conceito a utilização de argumentos de natureza exclusivamente racional – persuasão – que é legítima do plano ético e correntemente utilizada na prática clínica. (...) Porém, reconhecidamente, existe uma linha muito ténue entre a persuasão, legítima e desejável, e a utilização de qualquer tipo de ameaça¹ ainda que à luz do princípio da beneficência” (Antunes, 1998).

A pessoa pode estar então sujeita a factores intrínsecos e extrínsecos que influenciam a sua vontade e por consequência, a sua decisão final podendo esta não estar de acordo com a melhoria do seu estado de saúde. Segundo a tradição kantiana de autonomia, a pessoa só é capaz de decidir livremente se não estiver sujeita a constrangimentos emocionais, passionais ou de outra natureza e em uso pleno da sua racionalidade (Antunes, 1998).

3.5. Consentimento

Quando consultada a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2006) pode-se ler no seu Artigo 6.º, no que respeita ao consentimento que “ 1. Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo; 3. ...pode também ser necessário solicitar o acordo dos representantes legais do grupo ou comunidade em causa. Em nenhum caso deve o acordo colectivo ou o consentimento de um dirigente da comunidade ou de qualquer outra actividade substituir-se ao consentimento esclarecido do individuo.”

¹ “Por vezes não se trata de ameaça física, mas psicológica – abandono, por exemplo. Pode mesmo nem ocorrer qualquer tipo de ameaça, havendo no entanto a sugestão de que ela possa acontecer. É o caso da ilegitimidade de muitos estudos experimentais em pessoas privadas de liberdade, precisamente porque o recluso pode ter a falsa percepção de que terá vantagem ou prejuízo por ingressar ou não no estudo em causa. Deste modo, existe um acordo generalizado de que pessoas privadas de liberdade não devem participar em investigação não terapêutica, visto existir um forte elemento de coerção no meio prisional.”

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de
Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

Desta forma, percebe-se que só após todos os elementos, referidos atrás, estarem reunidos, o indivíduo pode tomar a sua decisão e dar o seu consentimento informado, livre e esclarecido.

É também importante realçar que o consentimento pode-se tornar discentimento sem que daí resulte em prejuízo para o indivíduo em causa.

4. Variantes do Consentimento Informado

Existem situações em que por vezes não é possível a pessoa dar o consentimento informado, livre e esclarecido. Para estas situações a Convenção de Bioética do Conselho da Europa, quando não existam um ou mais critérios referidos anteriormente para obter o consentimento, pode-se adoptar outras medidas de acordo com a *leges artis* e o melhor interesse da pessoa (Antunes, 1998).

De facto, em termos éticos não existe diferença entre consentimento oral, consentimento escrito ou na presença de testemunhas, no entanto judicialmente apenas o consentimento informado escrito tem valor legal (Antunes, 1998).

De facto o consentimento presumido tem o mesmo valor que o consentimento efectivo, sendo que o primeiro existe quando o prestador de cuidados actua supondo que as suas intervenções estão de acordo com aquilo que a pessoa esperava que lhe fizessem caso ela pudesse dar o seu consentimento informado, livre e esclarecido. Segundo o código penal português esta situação é referida nos pontos um e dois do artigo 39.º, que passo a citar “1. Ao consentimento efectivo é equiparado o consentimento presumido. 2. Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que, o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no acto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.”

As situações emergentes são exemplos para a utilização de consentimento presumido, pelo facto de em muitas situações emergentes o doente não ser considerado competente na esfera decisional (Antunes, 1998).

Assim sempre que é utilizado o consentimento presumido o prestador de cuidados deve ter em conta o princípio da beneficência. “Quando o doente está transitoriamente incompetente (durante uma intervenção cirúrgica, a título de exemplo) e deu apenas consentimento parcial (para determinado acto), mas pode ver a sua situação agravada pela não obtenção do consentimento para uma intervenção adicional, é igualmente legítima a presunção do consentimento” (Antunes, 1998).

Podemos aplicar ainda o mesmo conceito no tema da doação de órgãos. É possível cada cidadão que não queira ser doador dos seus órgãos após a morte mostrar o seu dissentimento através da sua inscrição no Registo Nacional de Não-Dadores (RENDA). Caso não tenha efectuado inscrição neste registo, numa situação *pos mortem*, são retirados todos os órgãos viáveis pressupondo que seria isso que a pessoa decidiria caso fosse competente, visto não estar inscrito no RENDA (Antunes, 1998).

No caso das crianças, menores de idade, é nomeado um tutor, normalmente os pais, já que estes vão sempre de encontro ao bem-estar dos seus filhos, para dar o seu consentimento visto que em algumas circunstâncias o menor não é competente para tomar decisões relativamente à sua saúde (Antunes, 1998).

É de salientar que a investigação humana em crianças rege-se por critérios específicos, isto é, só se aceita investigação pediátrica quando dela provir benefício directo para a criança e os riscos a que a criança esteja sujeita sejam mínimos (Antunes, 1998).

Nos pediátricos em situação emergente, pode-se usar o consentimento presumido, da mesma forma do que para adultos, segundo a *leges artis*, desde que os representantes legais estejam ausentes (Antunes, 1998).

Em situações que os pais não tomem decisões de acordo com o melhor interesse da criança os prestadores de cuidados de saúde podem requerer uma petição ao tribunal de menores e efectuar o tratamento adequado (Antunes, 1998).

No entanto nem todos os menores devem ser considerados incompetentes. A Convenção de Bioética do Conselho da Europa afirma no seu Artigo 6 que “ a opinião do menor deve ser tida progressivamente em consideração, em proporção à sua idade e grau de maturidade”. Assim sendo podemos afirmar que um menor emancipado pode tomar as suas decisões relativamente à sua saúde, cabendo aos pais partilhar com os seus filhos o consentimento.

O código penal português refere ainda, sobre o consentimento dado por menores, no seu Artigo 38-3, que “o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 14 anos

e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.”

Pelo contrário adultos, maiores de idade, que apresentem deterioração mental são considerados incompetentes para tomar as suas decisões relativas ao seu estado de saúde, e por isso necessitam de um representante legal que tome decisões e dê o seu consentimento informado, livre e esclarecido relativamente à pessoa com agravamento do seu estado de saúde mental, de acordo como sendo aquilo que a pessoa acharia melhor para si. Aquando da ausência do representante legal, por exemplo numa situação de emergência, o profissional de saúde deve actuar de acordo com o princípio da beneficência, ou seja prestando cuidados, que pressupõe que seriam aqueles pelos quais optaria a pessoa caso não estivesse na condição de doente mental (Antunes, 1998).

5. Necessidade de uma Ética em Enfermagem

Tal como outras ciências, a enfermagem tem vindo a sofrer uma grande evolução, isto é, a enfermagem deixou de ser apenas um conjunto de normas práticas e começou a assentar num conhecimento científico. Para além das bases científicas que é necessário um enfermeiro ter, é também necessário que tenha conhecimentos sobre ética “...porque as implicações humanas das acções realizadas são cada vez mais invasoras da integridade e da privacidade da pessoa, requerendo uma reflexão específica acerca da natureza e sentido da acção” (Neves et al., 2004).

“As exigências da prática profissional nunca poderão separar-se da ética e dos códigos deontológicos da profissão, pois poder-se-á dizer que esta relação é um bem pessoal, mas também uma arte do bem comum para todos (Kitson e Campbell, 1996: 13)” (*cit. in* Ferreira et al., 2005).

“A opção por uma ética na profissão não deveria, nem pode, derivar, consciente ou inconscientemente, de uma situação de vazio que é preciso preencher. Pelo contrário, ela deve derivar de uma vontade e autêntica pela conformidade entre o pensamento e o comportamento profissional (Ferreira et al., 2005).

Sem regras que não sejam cumpridas, acabamos por ser levados a ter comportamentos menos éticos (Leite, 2003:11)” (*cit. in* Ferreira et al., 2005).

O enfermeiro, como o profissional de saúde que acompanha o indivíduo em todo o seu ciclo vital, observa o mesmo como pessoa única, inserida no seu meio social e na sua comunidade, ajudando na resolução de problemas relacionados com a sua saúde. Usa para isso, instrumentos técnicos e pessoais adquiridos na sua formação académica que o dotam de competências para elaborar um plano de cuidados conveniente para determinada situação de cada indivíduo em particular. Não tem por função resolver os problemas da pessoa, mas sim dotá-la de informação que faz com que a mesma possa decidir de forma autónoma (Vieira, 2005).

Para além do Enfermeiro não criar uma relação de dependência do utente para consigo, deve ter sempre presente o princípio da autonomia da pessoa assistida, como foi referenciado anteriormente, sendo sempre a decisão tomada pelo utente (Vieira, 2005).

Hesbeen, seguindo as ideias de Jean Watson “distingue o que é acessório nos cuidados de enfermagem ou, como poderíamos chamar, a centralidade e a periferia da prática de prestar cuidados. No centro do cuidar está a relação interpessoal que ocorre entre o beneficiário dos cuidados, que requer atenção e ajuda, e o prestador desses cuidados, que oferta a ajuda necessária numa dada situação de vida na qual é chamado a intervir. É a acção interpessoal da enfermeira e do paciente com vistas a produzir neste um resultado terapêutico. Na periferia, encontram-se os vários meios e instrumentos, específicos ou não, dos quais a enfermagem serve-se para dar suporte a acção de cuidar, como o conjunto de técnicas, dos protocolos, das terminologias e das formas de organização e sistematização da assistência em enfermagem” (Vieira, 2005). No entanto, é preciso não descurar os actos técnicos que devem ser executados com excelência e competência (Vieira, 2005).

A importância da presença da bioética na prática de enfermagem tem como base o princípalismo e o cuidado. No princípalismo englobam-se os princípios éticos apresentados anteriormente (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) com o objectivo da protecção da autonomia dos utentes alvo dos cuidados de enfermagem, enquanto o cuidado valoriza as pessoas e as relações que se estabelecem entre as mesmas, incluindo-as entre o utente e o enfermeiro (Vieira, 2005).

A enfermagem, tal como outras profissões, “...exige determinados comportamentos que se dirigem por normas específicas” (Ferreira et al., 2005). Ou seja, os enfermeiros actuam de acordo com aquilo que a comunidade espera desta classe profissional, assim como cada indivíduo inserido na sua sociedade tem comportamentos que são os esperados segundo os valores e crenças da mesma. “Há, portanto, uma moral e uma deontologia profissional” (Ferreira et al., 2005).

Assim, a enfermagem, tal como em outras profissões necessita de um código deontológico, o que segundo Moreira significa que “...a imposição de códigos de conduta só por si seria

inútil, não garante que as empresas sejam éticas, isso só se consegue se as pessoas que as integram forem íntegras, ou seja, possuidoras das virtudes morais” (Ferreira et al., 2005).

O código deontológico da profissão é então um conjunto de normas que servem de orientação aos profissionais para que estes possam distinguir os comportamentos relacionados com a sua actividade profissional, bons dos maus, de acordo com o seu sistema de valores e os comportamentos que são esperados de um profissional de enfermagem (Ferreira et al., 2005).

Ainda “segundo Moreira (1999), um profissional pode ser perigosíssimo se o seu nível ético, por desconhecimento ou má fé for reduzido” (Ferreira et al., 2005).

O enfermeiro, como qualquer outra pessoa, é dotado de um sistema de valores e de experiências anteriores que formam a sua personalidade. Sendo cada pessoa diferente e com sistemas de valores e experiências anteriores diferentes, numa mesma situação de conflito tem comportamentos diferentes (Ferreira et al., 2005).

No contexto das profissões, das quais nos referimos à enfermagem, tem de existir o conceito de ética associado à profissão de enfermagem para que não exista discrepância entre liberdade de consciência¹ e “...a construção da identidade pessoal, que virá a ser o objecto reconhecido e reflectido no exercício da profissão.” (Ferreira et al., 2005) Ou seja, a importância do código deontológico dos enfermeiros prende-se com “...objectivos, inerências profundas, que assentam em dimensão valorativas, de responsabilidade, requeridas para o perfil profissional” e não só com a competência exigida para desempenhar a prática de enfermagem (Ferreira et al., 2005).

Como todos sabemos, a enfermagem é uma profissão em que assentam responsabilidades autónomas, designadas por intervenções de enfermagem, mas também responsabilidades que assentam na colaboração com outros profissionais, designadas por atitudes terapêuticas, que muitas vezes podem levantar problemas éticos relacionados com as relações laborais, por isso

¹ “Liberdade não de fazer o que nos dá na real gana, nem mesmo apenas livre arbítrio, mas sim, a liberdade de podermos ser o que somos chamados a ser na própria profissão que temos” (Ferreira et al., 2005).

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de
Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

“...Kitson e Campbell (1996) acentuam a importância da ética ao apartarem-na como um instrumento de ancoragem nas organizações” (Ferreira et al., 2005).

II. ESTUDO EMPÍRICO

1. Metodologia

É através da metodologia que se consegue estruturar um trabalho, pela enumeração dos métodos a utilizar no trabalho de investigação. Segundo Fortin “os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação.”

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2003) método é um “programa que antecipadamente regulará uma sequência de operações a executar, com vista a atingir determinado resultado.” Assim sendo, o objectivo da metodologia, para além da obtenção do resultado, é todo o processo de realização de um trabalho em si.

Sendo que este trabalho se caracteriza como um trabalho de investigação espera-se que dele surjam conclusões, de forma a melhorar os conhecimentos éticos presentes nos elementos da amostra.

2. Objectivos Gerais e Específicos

O objectivo geral deste trabalho de investigação é identificar se a amostra estudada consegue facilmente aplicar os conhecimentos teóricos sobre consentimento informado durante os ensinos clínicos. Assim, defini os seguintes objectivos específicos:

1. Identificar o conceito consentimento informado, livre e esclarecido, que os alunos do 3º ano do CLE da UFP possuem;
2. Identificar os elementos necessários para a concretização do consentimento informado, livre e esclarecido, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP;
3. Identificar as aplicações em contexto clínico do consentimento informado, livre e esclarecido, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP;
4. Identificar nos alunos do 3º ano do CLE da UFP as diferentes formas de aplicação do consentimento informado, livre e esclarecido;
5. Identificar, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP, o cumprimento do consentimento informado, livre e esclarecido, tendo em conta o Código Deontológico do Enfermeiro.

3. Tipologia de Estudo

Optou-se por um estudo descritivo simples, neste trabalho de investigação, pois o que se pretende é descrever os conhecimentos que os alunos de enfermagem possuem sobre consentimento informado, livre e esclarecido, como refere Fortin (2003) este tipo de estudo “...consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

É também um tipo de estudo transversal, porque apenas estuda os alunos de enfermagem do 3º ano do CLE da UFP – FCS, no ano lectivo 2009/2010. O instrumento é aplicado apenas numa altura e nunca mais é aplicado à mesma amostra de alunos, o que significa que não é um estudo continuado no tempo.

Como já foi referido também na introdução deste trabalho, o mesmo foi realizado em meio natural, ou seja, fora de um laboratório onde se podem controlar mais variáveis estranhas. O local escolhido para a aplicação dos questionários foi a UFP – FCS.

4. Definição de Variáveis

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação.” (Fortin, 2003). Ainda segundo Fortin (2003) as variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação.

4.1. Variável Atributo

Fortin (2003) diz que as variáveis atributo são “ (...) as características de um sujeito num estudo. Estas geralmente são variáveis demográficas: idade, escolaridade, sexo, estado civil, rendimento, etnia, etc.”

De acordo com a definição podemos dizer que as variáveis atributo deste estudo são o sexo e a idade.

5. População

Como refere Fortin (2003) “uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (...). Qualquer trabalho de amostragem requer uma definição precisa da população a estudar e, portanto, dos elementos que a compõem.”

Neste estudo a população sobre a qual incidiu o trabalho de investigação (alunos do CLE da UFP – FCS, que já realizaram Ensino Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica), é constituída por 60 elementos. Desses 60 elementos, a 10 foi efectuado o pré-teste, do qual falaremos a seguir.

6. Amostra

Segundo Fortin (2003) a amostra caracteriza-se por um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população. A amostra deve ainda ser representativa da população, ou seja, ter as mesmas características do que a população.

O método de amostragem escolhido foi o não probabilístico por conveniência. Este método foi o escolhido porque os elementos da amostra foram escolhidos, não segundo uma regra, mas sim segundo os elementos que estavam disponíveis no momento.

Obtemos uma amostra de 50 elementos, ainda assim pela análise do instrumento de colheita de dados foi necessário eliminar dois elementos, porque estes não tinham terminado o EC de EMC. Assim a amostra final do estudo foi de 48 elementos (n=48).

7. Instrumento de Colheita de Dados

Segundo Fortin (2003) “a colheita de dados efectua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados bem como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efectuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for o caso disso.”

No caso deste estudo a colheita de dados foi realizada por meio de questionário. Fortin (2003), refere que “um questionário (...) é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.”

Antes da realização da colheita de dados, por meio de questionário, foi escolhido o local/instituição onde seriam aplicados os respectivos questionários. Depois de ter optado pela UFP, foi solicitado a autorização à direcção da FCS da UFP, através de impresso próprio acompanhado por uma cópia do questionário (Anexo n.ºI). Depois de ter sido concedida a autorização, foram entregues os questionários aos alunos do 3º ano do CLE. A colheita de dados decorreu no período de 22 de Junho de 2010 até 23 de Junho de 2010.

Para Fortin (2003), “as questões de investigação são os principais indicadores do conteúdo a desenvolver num questionário. Todos os enunciados de um questionário devem incidir directamente no objectivo e nas questões de investigação empreendida.” Desta forma a cada um dos objectivos estabelecidos anteriormente é formulado, no questionário em anexo, pelo menos uma pergunta de investigação. Na tabela 1, apresentada de seguida, é feita a correspondência entre os objectivos estabelecidos e a pergunta presente no questionário que incide no respectivo objectivo:

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

Objectivo Específico da Investigação	Pergunta do Questionário
<p>Identificar o conceito Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, que os alunos do 3º ano do CLE da UFP possuem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe o que é o consentimento informado, livre e esclarecido? • Assinale a definição que corresponde ao conceito de consentimento informado, livre e esclarecido. • Identifique o princípio ético que se traduz na prática com o consentimento informado, livre e esclarecido.
<p>Identificar os elementos necessários para a concretização do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assinale os elementos que necessitam de estar reunidos para obter o consentimento informado, livre e esclarecido.
<p>Identificar as aplicações em contexto clínico do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Das intervenções de enfermagem apresentadas (sobre o utente legalmente e fisicamente capaz), indique aquelas em que deve ser usado o consentimento informado.
<p>Identificar nos alunos do 3º ano do CLE da UFP as diferentes formas de aplicação do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique, nas hipóteses, aquelas são variantes do consentimento informado.
<p>Identificar, por parte dos alunos do 3º ano do CLE da UFP o cumprimento do Consentimento Informado, Livre e esclarecido, em conta o código deontológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique entre as hipóteses o artigo do código deontológico dos enfermeiros que se relaciona directamente com o consentimento informado, livre e esclarecido.

Tabela 1 – Objectivos específicos definidos no trabalho de investigação e enunciados do questionário concretizados para atingir os objectivos.

8. Pré-teste

Segundo Fortin (2003) “o pré-teste consiste no preenchimento por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.”

O pré-teste foi aplicado a 10 alunos do 3º ano do CLE da UFP – FCS, que posteriormente não foram incluídos para a análise dos dados.

O preenchimento dos questionários que serviram de pré-teste não suscitou dúvidas a nível de compreensão das questões e não é um questionário longo que cause desinteresse, com período máximo de preenchimento de 10 minutos. Desta forma, não foi necessário proceder à alteração do questionário.

9. Princípios éticos

Qualquer trabalho de investigação pode suscitar questões éticas, sendo por isso sempre necessário, em qualquer trabalho assegurar os direitos e liberdade dos indivíduos que participam no estudo.

Durante o estudo existiu a preocupação no respeito pelos princípios éticos. Segundo Fortin (2003), são cinco os princípios do código ético a serem respeitados: o direito à auto-determinação, o direito à intimidade, direito à confidencialidade e anonimato, direito à protecção contra o desconforto e prejuízo e o direito ao tratamento justo e leal. De seguida é feita uma descrição dos princípios do código ético referidos acima:

1. “O direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino (...) o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação.” (Fortin, 2003).
2. Segundo Fortin (2003), “o investigador deve assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos está protegida. O direito à intimidade faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas (...) o investigador, por sua vez, empenha-se a proteger o anonimato da pessoa ao longo de todo o estudo, o que compreende igualmente a etapa de divulgação dos resultados. O anonimato e a confidencialidade dos dados devem ser salvaguardados.”
3. “O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação (...) é evidente que os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa do sujeito.” (Fortin, 2003).

4. “O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Este direito é baseado no princípio do «benefício» segundo o qual os membros da sociedade desempenham um papel activo na prevenção do desconforto e do prejuízo e na promoção do maior bem-estar da pessoa e dos que a rodeiam.” (Fortin, 2003).

5. Por fim, o direito a um tratamento justo e equitativo, segundo Fortin (2003), “... refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo. Estas informações são essenciais a um consentimento ou a uma recusa esclarecida quanto a uma eventual participação na actividade de investigação. O direito a um tratamento justo reporta-se à selecção e ao tratamento equitativo dos sujeitos. Este princípio apela a que a escolha dos sujeitos seja directamente ligada ao problema de investigação e não baseada na conveniência ou unicamente na disponibilidade dos sujeitos (...) e ausência de prejuízo para os participantes que desistam no decurso do estudo, assim como o acesso em qualquer momento à informação relativa à sua participação no projecto de investigação.”

10. Análise e Tratamento de Dados

O tratamento estatístico serve para perceber o significado dos dados colhidos pelo instrumento de colheita de dados. Neste caso, o tratamento de dados foi conseguido através da utilização do programa informático EXCEL, utilizando a estatística descritiva.

O trabalho de investigação efectuado é uma investigação do tipo descritivo, pois este é um estudo descritivo. Assim se designa porque se realiza “...num contexto exploratório, pois que a *priori* o comportamento das variáveis medidas e as relações que possam existir entre elas são desconhecidas do investigador” (Fortin, 2003).

Como Fortin (2003) refere, num estudo descritivo a análise de dados “...começa pela utilização de estatísticas descritivas da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis. As estatísticas descritivas incluem as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão.”

III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

1. Caracterização da amostra

1.1. Distribuição da amostra segundo o sexo

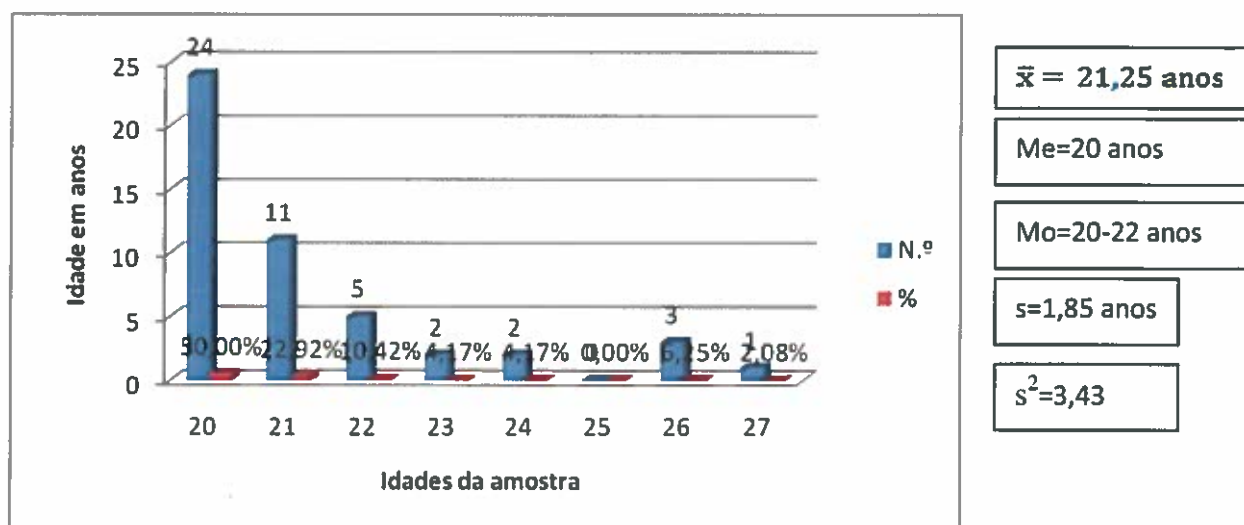
Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o sexo

SEXO	n	%
Feminino	36	75%
Masculino	12	25%
TOTAL	48	100%

A tabela 1 mostra-nos a distribuição da amostra, relativamente ao sexo. Ao analisar a respectiva tabela verifica-se que a amostra é maioritariamente do sexo feminino, 75%, contrapondo-se aos elementos do sexo masculino, 25%.

1.2. Distribuição da amostra segundo a idade

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo a idade



Na análise do gráfico 1 verifica-se que a amostra, sobre a qual incidiu o estudo, apresenta 50% dos elementos com 20 anos. A média de idades é de 21,25 anos, no entanto como esta

variância de valores é por isso preferível usar a mediana como medida de tendência central. Neste caso a mediana é de 20 anos.

O desvio padrão é de 1,85 anos, que traduz a variabilidade existente entre os dados relativamente à média, ou seja se o desvio padrão fosse igual a zero significaria que os dados eram todos iguais, assim quanto maior é o desvio padrão maior é a variabilidade dos dados.

1.3. Distribuição da amostra que frequenta pelo menos o 3º ano do CLE

Tabela 3 – Distribuição da amostra que frequenta pelo menos o 3º ano do CLE

P3. ESTÁ A FREQUENTAR PELO MENOS O 3º ANO DA LICENCIATURA EM ENFERMAGEM, NO ANO LECTIVO 2009/2010, NA UFP – FCS	n	%
Sim	48	100%
Não	0	0%
TOTAL	48	100%

Através da análise da Tabela 2 verifica-se que 100% dos elementos da amostra, estão a frequentar o 3º ano do CLE. O que significa que amostra escolhida está de acordo com os objectivos propostos anteriormente que definia o estudo aplicado a alunos do CLE da UFP – FCS, a frequentar pelo menos o 3º ano.

1.4. Distribuição da amostra que terminou o ensino clínico de enfermagem médico-cirúrgica

Tabela 4 – Distribuição da amostra que terminou o ensino clínico de enfermagem médico-cirúrgica

P4. TERMINOU O EC DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	n	%
Sim	48	100%
Não	0	0,00%
TOTAL	48	100,00%

Dos elementos pertencentes à amostra, 100% terminaram o ensino clínico de enfermagem médico-cirúrgica. Esta era uma condição necessária reunir para pertencer à amostra.

2. Apresentação e Análise de Dados

2.1. Distribuição da amostra segundo a identificação do conceito de consentimento informado, livre e esclarecido

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a identificação do conceito de consentimento informado, livre e esclarecido

P1. SABE O QUE É O CONSENTIMENTO INFORMADO	n	%
Sim	48	100,00%
Não	0	0,00%
TOTAL	48	100,00%

Quando perguntamos aos elementos da amostra se sabiam o que era o consentimento informado, livre e esclarecido, 100% da amostra referiu saber do que se tratava. Esta questão serviu para realizar a validação das respostas seguintes sobre consentimento informado, livre e esclarecido.

2.2. Distribuição da amostra segundo a identificação do conceito de consentimento informado, livre e esclarecido

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a identificação do conceito de consentimento informado, livre e esclarecido

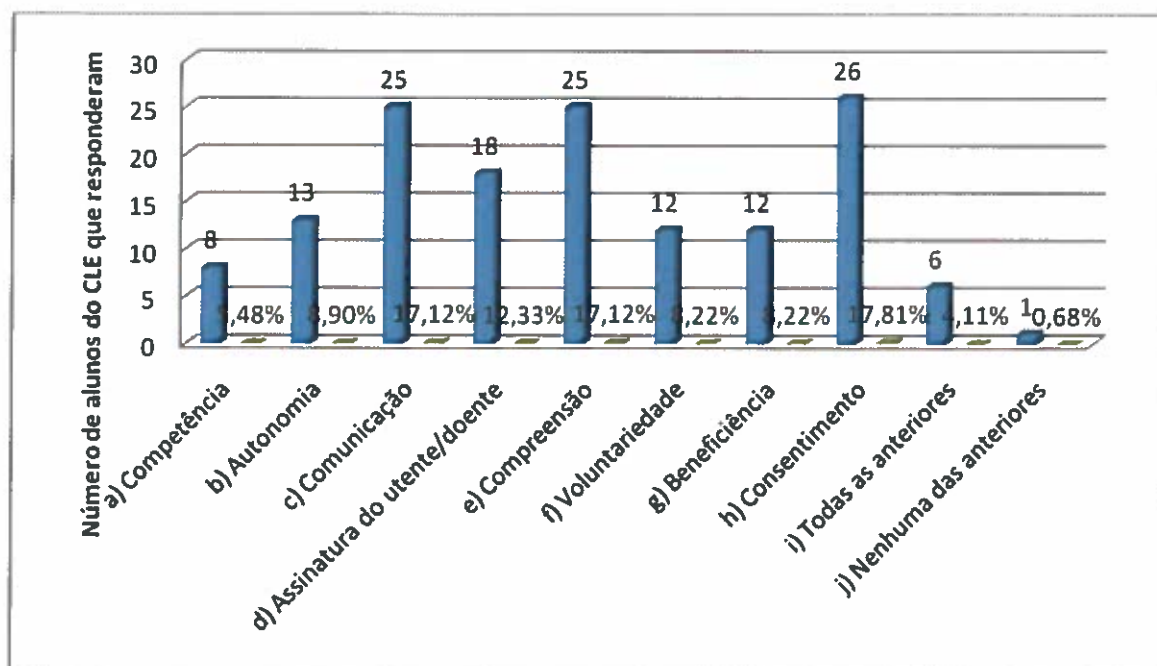
P2. DAS SEGUINTE AFIRMAÇÕES, ASSINALE COM UM X, AQUELA QUE LHE PARECE CORRESPONDER AO CONCEITO DE CI, LIVRE E ESCLARECIDO	n	%
a) Documento escrito, assinado pelo doente, em perfeitas condições físicas e psíquicas, aquando de uma intervenção cirúrgica.	1	2,08%
b) Acto do profissional de saúde em que após reconhecer um individuo como capaz de tomar decisões relativas à sua situação de saúde em particular, em lhe explicar em que consiste a intervenção, assim como os riscos e benefícios e respectivas opções, e de se assegurar que o mesmo a compreendeu, o individuo consente de livre e espontânea vontade que lhe realizem a intervenção.	45	93,75%
c) Autorização de um individuo para a realização de manobras invasivas que ponham em causa a sua vida.	2	4,17%
TOTAL	48	100,00%

Pela observação da Tabela 5, verifica-se que a maioria dos elementos da amostra (93,75%) identifica o conceito de consentimento informado, livre e esclarecido, não apenas pela presença de uma assinatura do doente nem por apenas uma autorização quando a intervenção em causa ponha em causa a vida do indivíduo.

Ainda assim, verifica-se que 2,08% da amostra identifica o conceito de consentimento informado, livre e esclarecido com o documento assinado pelo doente, em perfeitas condições físicas e psíquicas para uma intervenção cirúrgica. Os restantes 4,17% elementos da amostra refere que aplicaria o consentimento informado, livre e esclarecido apenas antes da realização de manobras invasivas que ponham em risco a vida do indivíduo.

2.3. Distribuição da amostra segundo a identificação dos elementos necessários para obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo a identificação dos elementos necessários para obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido



No gráfico 2 pode-se verificar a frequência e percentagem da amostra que identificou os elementos necessários para obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido. Pela análise do gráfico verifica-se que 79,81% da amostra respondeu que o consentimento é um dos elementos necessários para obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido.

Quase com a mesma percentagem (77,12%) é assinalada a comunicação e a compreensão como elementos necessários ao consentimento informado, livre e esclarecido, pelos elementos da amostra.

Ainda 55,33% da amostra refere que é necessário, para obter o consentimento informado, livre e esclarecido a assinatura do doente/utente.

37,22% dos elementos da amostra assinalaram a beneficência como elemento necessário para obter o consentimento informado, livre e esclarecido.

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

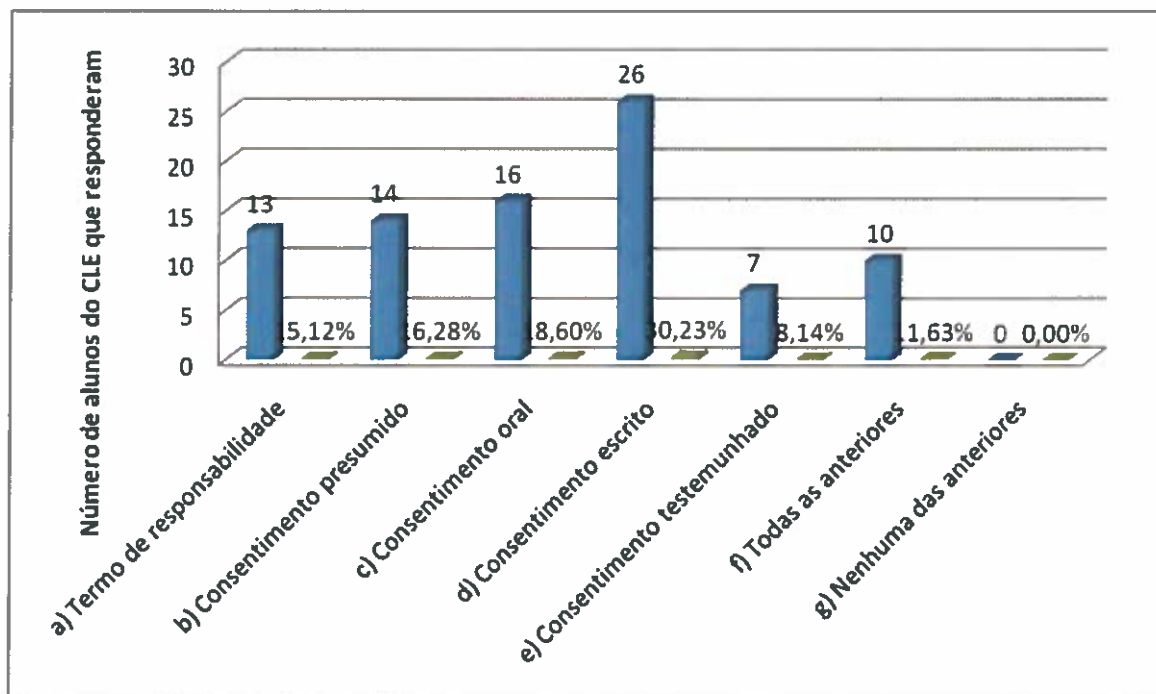
Também apenas 8,22% dos elementos da amostra afirmam que a voluntariedade também é um elemento necessário para obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido.

Apenas 5,48% dos elementos da amostra identificam a competência como um elemento necessário para a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido.

Por fim, através da análise do gráfico 2, há 4,11% e 0,68% dos elementos da amostra que identificaram todas as alíneas e nenhuma das alíneas respectivamente, como elementos necessários à obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido.

2.4. Distribuição da amostra segundo a identificação das variantes do consentimento informado, livre e esclarecido

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo a identificação das variantes do consentimento informado, livre e esclarecido.



No gráfico 3 os elementos da amostra identificam as variantes de consentimento informado que são válidas para o substituir.

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

Maioritariamente (30,23%) os elementos da amostra identificam como variante do consentimento informado livre e esclarecido o consentimento escrito.

18,60% dos elementos da amostra identificam o consentimento oral como outra variante do consentimento informado, livre e esclarecido.

Seguidamente, 16,28% dos elementos da amostra identificam como variante do consentimento informado, livre e esclarecido o consentimento presumido. Ainda quase a mesma percentagem de alunos (15,12%) consideram o termo de responsabilidade equivalente ao consentimento informado, livre e esclarecido.

Apenas 8,14% dos alunos em enfermagem consideram a existência e a validade do consentimento testemunhado

2.5. Distribuição da amostra segundo a aplicação do consentimento informado, livre e esclarecido a intervenções de enfermagem

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo a aplicação do consentimento informado, livre e esclarecido a intervenções de enfermagem

	P5. De seguida são apresentadas algumas intervenções (sobre o utente legalmente e fisicamente capaz). Assinale com um X, em cada uma das afirmações, se aplicaria o consentimento informado, livre e esclarecido, ou se não sabe se o deve aplicar.	Sim	Não	Não sei	Total
a) Pesquisas de glicemia capilar	Frequência	19	23	6	48
	%	39,58%	47,92%	12,50%	100,00%
b) Entubação com sonda nasogástrica	Frequência	30	16	2	48
	%	62,50%	33,33%	4,17%	100,00%
c) Prestação de cuidados de higiene	Frequência	22	22	4	48
	%	45,83%	45,83%	8,33%	100,00%
d) Administração da medicação prescrita	Frequência	24	22	2	48
	%	50,00%	45,83%	4,17%	100,00%
e) Realização de punção venosa	Frequência	27	21	0	48
	%	56,25%	43,75%	0,00%	100,00%
f) Realização de tratamento de feridas cirúrgicas e/ou traumáticas	Frequência	24	19	5	48
	%	50,00%	39,58%	10,42%	100,00%
g) Colocação de sonda vesical	Frequência	41	7	0	48
	%	85,42%	14,58%	0,00%	100,00%
h) Aspiração de secreções	Frequência	35	12	1	48
	%	72,92%	25,00%	2,08%	100,00%
i) Colocação de um tubo orofaríngeo	Frequência	38	10	0	48
	%	79,17%	20,83%	0,00%	100,00%

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

Na tabela 7 apresentam-se o número de respostas (sim, não ou não sei) dos elementos da amostra sobre a aplicação prática do consentimento informado, livre e esclarecido a intervenções de enfermagem.

Sobre a realização de pesquisas de glicemia capilar apenas 39,58% dos elementos da amostra referiram que pedem o consentimento informado, livre e esclarecido, no entanto a maioria (47,92%) da amostra afirma não pedir o consentimento para a realização da intervenção de enfermagem referida.

Da amostra total 12,50% dos seus elementos admitem não saber se deviam aplicar o consentimento informado, livre e esclarecido para realizar uma pesquisa de glicemia.

Já relativamente à entubação nasogástrica a maioria dos elementos da amostra (62,50%) afirmam ser uma intervenção em que seria necessário aplicar o consentimento informado, livre e esclarecido. Ainda assim 33,33% dos elementos da amostra afirmam que para esta intervenção não é necessário o consentimento informado, livre e esclarecido e apenas 4,17% afirmam não saber se aplicam o mesmo conceito.

Quando perguntamos à amostra se para prestar cuidados de higiene era necessário a aplicação do consentimento informado, livre e esclarecido 45,83% dos elementos da amostra afirmaram usar o conceito, mas a mesma percentagem de elementos afirma não aplicar o consentimento informado, livre e esclarecido. E ainda 8,33% referem não saber se aplicariam o consentimento informado, livre e esclarecido.

Quando os elementos da amostra administram medicação prescrita por outro profissional de saúde 50% admitem usar o consentimento informado, livre e esclarecido, no entanto quase a mesma percentagem (45,83%) admite não usar o consentimento informado, livre e esclarecido. Neste caso 4,17% dos elementos da amostra responderam que não sabiam se era necessário usar o consentimento informado, livre e esclarecido.

Quando falamos na realização da punção venosa 56,25% dos elementos da amostra afirmam usar o conceito de consentimento informado, livre e esclarecido. Ainda assim há uma

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de
Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

percentagem muito grande de elementos da amostra (43,75%) que admitem não pedir o consentimento informado, livre e esclarecido para realizar uma punção venosa.

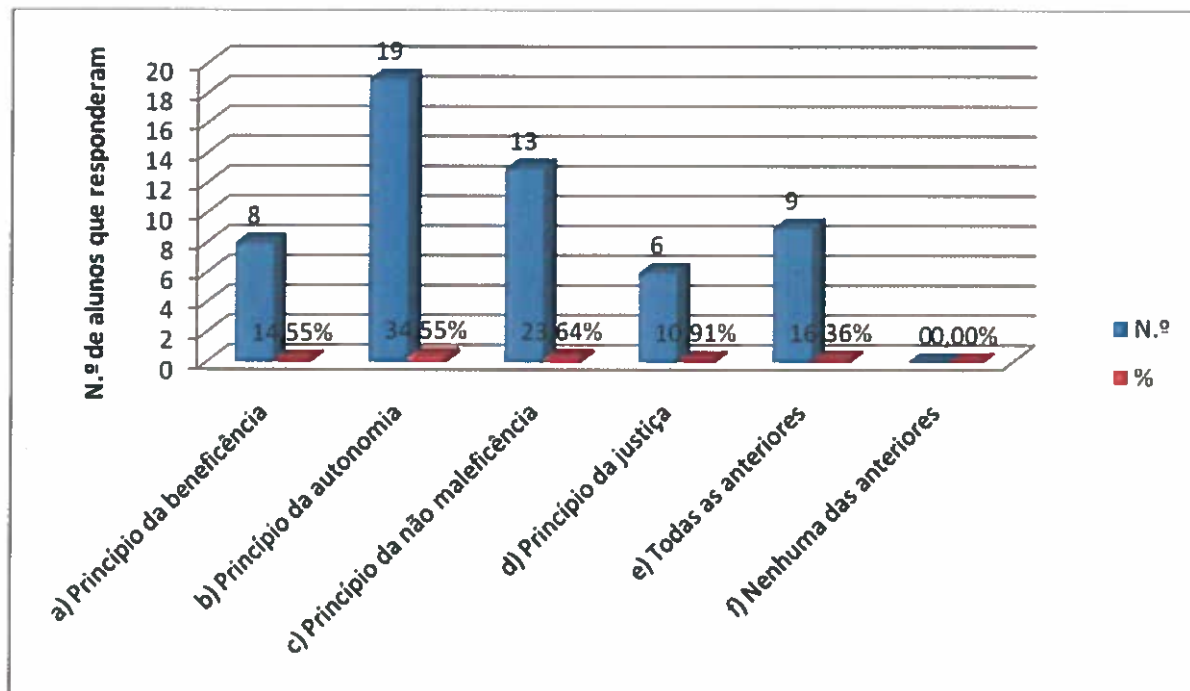
Metade dos elementos da amostra dizem pedir o consentimento informado, livre e esclarecido para a realização do tratamento de feridas cirúrgicas e/ou traumáticas. Ainda assim, 39,58% dos elementos da amostra refere não pedir o consentimento informado, livre e esclarecido e 10,42% refere não saber se o tem de usar para o tratamento de feridas.

De seguida analisaremos três intervenções que apresentam uma elevada percentagem de elementos da amostra que referem usar o consentimento informado, livre e esclarecido. São elas a colocação de sonda vesical, a aspiração de secreções e a colocação de um tubo orofaríngeo que apresentam as seguintes percentagens de elementos da amostra que aplicam o conceito de consentimento: 85,42%, 72,92% e 79,17% respectivamente

No entanto há ainda uma percentagem grande de elementos da amostra que refere não aplicar o consentimento informado, livre e esclarecido para as mesmas intervenções. 15,58% para a colocação de sonda vesical, 25% para a aspiração de secreções e 20,83% para a colocação de um tubo orofaríngeo. Quanto aos elementos da amostra que não sabem se há necessidade de aplicação do consentimento informado, livre e esclarecido as percentagens são muito baixas: 0% para a colocação de sonda vesical e colocação de tubo orofaríngeo e 2,08% para a aspiração de secreções.

2.6. Distribuição da amostra segundo os princípios éticos que se relacionam com o consentimento informado, livre e esclarecido

Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo os princípios éticos que se relacionam com o consentimento informado, livre e esclarecido



Pedimos aos elementos da amostra para de entre os princípios éticos apresentados assinalarem aquele ou aqueles que se traduzem na prática no consentimento informado, livre e esclarecido.

A maioria dos elementos da amostra (34,55%) refere que o princípio da autonomia é o princípio ético que se relaciona com o consentimento informado, livre e esclarecido.

Uma percentagem de 23,64% de elementos da amostra considera o princípio da não maleficência como representante do consentimento informado, livre e esclarecido.

Ainda assim existem 16,36% de elementos da amostra que acham que todos os princípios apresentados se traduzem na prática com o consentimento informado, livre e esclarecido.

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

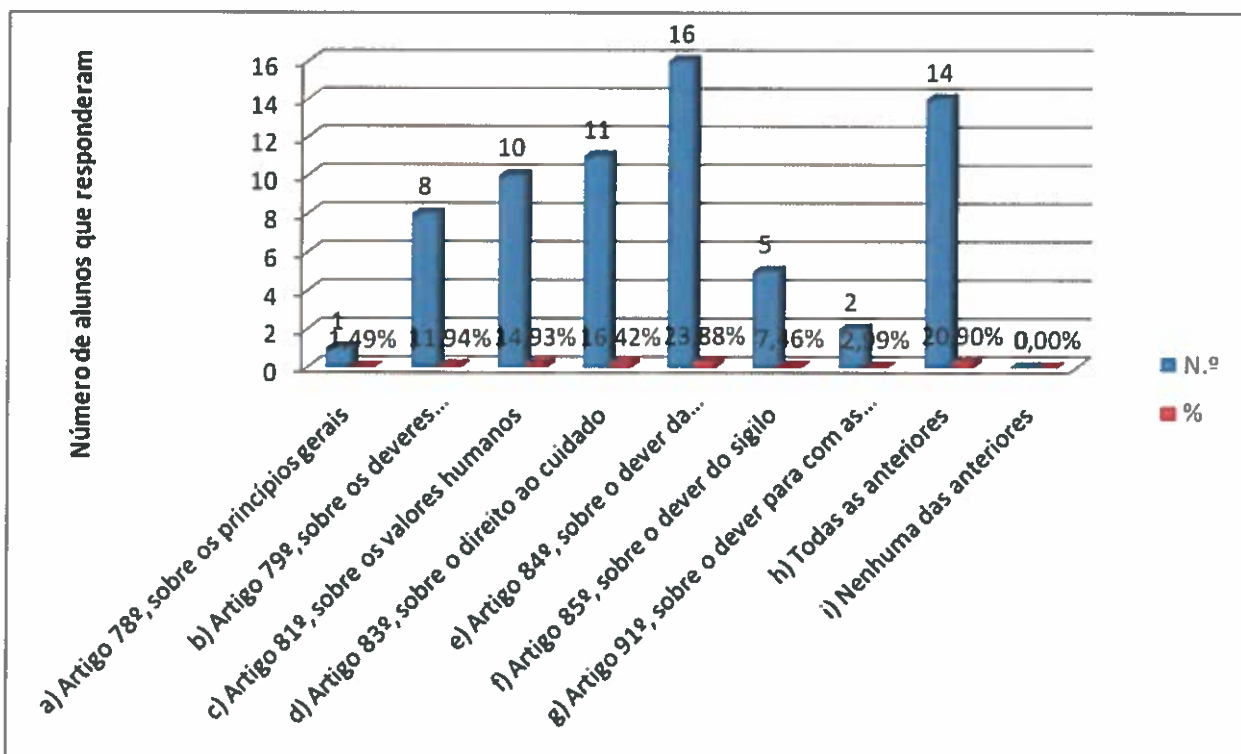
Outro princípio seleccionado para representar o consentimento informado, livre e esclarecido por 14,55% dos elementos da amostra foi o princípio da beneficência.

O princípio da justiça foi seleccionado por 10,91% dos elementos da amostra como representante prático do consentimento informado, livre e esclarecido.

Nenhum elemento da amostra considerou que nenhum dos princípios apresentados se traduzia no consentimento informado, livre e esclarecido.

2.7. Distribuição da amostra segundo os Artigos do Código Deontológico do Enfermeiro que identificam com o consentimento informado, livre e esclarecido

Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo os Artigos do Código Deontológico do Enfermeiro que identificam com o consentimento informado, livre e esclarecido



A última questão do instrumento de colheita de dados apresentada, pretendia saber se os elementos da amostra identificam no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) o artigo

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

que obriga os profissionais de enfermagem a dar uso ao consentimento informado, livre e esclarecido.

Da análise do gráfico 5, verifica-se que a maioria dos elementos da amostra (23,88%) respondeu que o artigo 84.º do CDE é o artigo que rege a aplicação do consentimento informado, livre e esclarecido, pois está directamente ligado ao direito à autodeterminação que se relaciona com o princípio da autonomia já referido anteriormente.

No entanto, 20,90% dos elementos da amostra acham que todos os artigos apresentados se traduzem no consentimento informado, livre e esclarecido.

Relativamente ao Artigo 83.º, sobre o direito ao cuidado 16,42% dos elementos da amostra afirmam que este diz respeito ao consentimento informado, livre e esclarecido.

Ainda 14,93% dos elementos da amostra acham que o artigo 81.º do CDE, sobre os valores humanos, se relaciona com o consentimento informado, livre e esclarecido.

Já sobre o Artigo 79.º, sobre os deveres deontológicos em geral, 11,94% dos elementos da amostra referem que se relaciona com o consentimento informado, livre e esclarecido.

No Artigo 85.º que enuncia o dever do sigilo obteve-se 7,46% de respostas. No entanto este artigo não se relaciona com o consentimento informado, livre e esclarecido.

Apenas 2,99% dos elementos da amostra acham que o Artigo 91.º, sobre os deveres para com as outras profissões, se relaciona com o consentimento informado, livre e esclarecido.

Também apenas 1,49% dos elementos da amostra afirmam que o Artigo 78.º, sobre os princípios gerais, se relaciona com o consentimento informado, livre e esclarecido.

III. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Apesar de todos os elementos da amostra que fizeram parte deste estudo afirmarem que sabem o que significa consentimento informado livre e esclarecido, o que se deve ao facto de este tema ter sido abordado nas aulas de ética e deontologia profissional e ainda fazer parte de todas as grelhas de avaliação dos ensinamentos clínicos que temos de realizar ao longo do percurso académico, não significa que na verdade os elementos da amostra conheçam a essência ou o conteúdo deste conceito situação que pode ser verificado quando validamos esta questão com as restantes apresentadas.

Apesar de todos os elementos da amostra dizerem saber o que é o consentimento informado livre e esclarecido há uma pequena percentagem que julga que este é apenas uma assinatura do doente em caso de intervenção cirúrgica ou uma autorização no caso de serem realizadas manobras invasivas ao doente, o que não corresponde de todo à verdade. Antunes (1998) refere que “ao paciente passa a ser-lhe reconhecida [depois de Van Potter (1970) apresentar o conceito de bioética] liberdade na esfera da decisão, devendo ser considerado como um ser autónomo e independente, com crenças e valores que deverão ser respeitados. (...) Porque o ser humano ao possuir desejo e vontade é, necessariamente, um fim em si mesmo. Tal significa que não deverá nunca ser instrumentalizado.”

A maioria dos elementos da amostra identifica como elementos que estão presentes no consentimento informado o consentimento, a compreensão e a comunicação. No entanto, a par deste deveria estar competência e a voluntariedade, o que não se verifica, por outro lado há uma percentagem maior de elementos da amostra que afirmam que princípios éticos, como a beneficência são elementos que constituem o consentimento informado livre e esclarecido. Segundo Serrão (1996) a competência deve estar presente para posteriormente se obter o consentimento, “o doente deve estar capacitado, ter «competência» para tomar decisões, tanto no plano físico como mental; esta é uma exigência básica e (...) deve assegurar-se de que está em presença de uma pessoa com capacidade de discernimento, mesmo que tenha períodos de perda transitória dessa competência, para julgar e decidir. Em termos gerais (...) deve presumir a competência do doente até que se prove o contrário pelos meios adequados, nomeadamente os jurídicos.”

Pode-se então concluir que os elementos da amostra que identificam a beneficência, todas as alíneas e nenhuma das alíneas como elementos necessários à obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido não sabem aplicar o conceito respectivo pois não sabem os elementos que são necessários para a sua obtenção e ainda não sabem a distinção entre esses elementos e os princípios éticos.

Pretendia-se também verificar se os elementos da amostra conseguiam identificar as variantes do consentimento informado livre e esclarecido. Grande parte reconhece a sua forma escrita, no entanto, há uma percentagem menor de elementos da amostra que reconhece as restantes variantes de consentimento. De facto o consentimento escrito é uma forma de consentimento informado, livre e esclarecido usado em situações mais difíceis como refere Serrão (1996).

Podemos ainda verificar que é muito baixa a percentagem de elementos da amostra que consideram o consentimento testemunhado uma forma de consentimento informado livre e esclarecido, assim como o consentimento oral e presumido. No entanto, “...no plano ético, não existe qualquer distinção entre o consentimento oral ou escrito (...) também o consentimento testemunhado, escrito ou oral, não apresenta maior validade no plano ético pelo facto de ser presenciado por uma terceira parte” (Antunes, 1998). Ainda afirma Serrão (1998) que “quando o doente está transitoriamente incompetente (durante uma intervenção cirúrgica a título de exemplo) e deu apenas consentimento parcial (para determinado acto), mas pode ver a sua situação agravada pela não obtenção do consentimento para uma intervenção adicional, é igualmente legítima a presunção do consentimento.”

Relativamente ao consentimento testemunhado Serrão (1996) ainda refere que “...nos casos mais graves e de alto risco o consentimento deve ser escrito, deve ser expresso, ou seja referir exactamente para que procedimento médico está a ser dado e, ainda, testemunhado, devendo as testemunhas confirmar que o consentimento é dado em perfeita liberdade, sem coacção nem de médicos nem de instituições.”

Podemos ainda verificar que há alguns elementos da amostra que consideram válido como consentimento informado, livre e esclarecido o termo de responsabilidade mas “...o documento conhecido por «termo de responsabilidade», e largamente difundido em muitos hospitais portugueses, pode ser considerado como eticamente equivalente a um documento de

consentimento informado. Mas só no caso de se verificarem os elementos atrás descritos [competência, comunicação, compreensão, voluntariedade e consentimento], enquanto vectores de uma entidade significativa única. A mera assinatura do paciente ou do seu legítimo representante, embora possa ser responsabilizante no plano formal, carece de suporte eticamente válido” (Antunes, 1998). Também afirma Serrão (1996) que “...não pode considerar-se consentimento informado e válido, a simples assinatura do doente num formulário impresso de autorização que é, muitas vezes, apresentado ao doente por um funcionário administrativo no acto de internamento.”

Ao pedirmos aos elementos da amostra que assinalassem as intervenções de enfermagem, interdependentes e autónomas, em que aplicaríamos o consentimento informado, livre e esclarecido verifica-se que maioritariamente os alunos aplicam o conceito, na prática clínica.

Pedimos também aos elementos da amostra para assinalarem o(s) princípio(s) ético(s) que se relaciona(m) directamente com o consentimento informado, livre e esclarecido em grande parte e correctamente assinalaram o princípio da autonomia, como de facto Cabral (1996) refere que “o Princípio da Autonomia (PA), também chamado «Princípio da Liberdade», prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas ou livres. (...) Na prática, o PA implica: promover quanto possível comportamentos autónomos por parte dos pacientes, informando-os convenientemente, assegurando a correcta compreensão da informação ministrada e a livre decisão. (...) Grande parte das publicações que tratam do PA concentram-se no exame do chamado «consentimento informado» (CI), autorização autónoma (livre) dada para uma intervenção médica ou/e pesquisa e condições legais por ela implicadas.”

No entanto, também uma grande parte da amostra que refere que o princípio da não maleficência está contido no conceito de consentimento informado, livre e esclarecido, no entanto, este princípio traduz-se na “exigência geral de não fazer mal a outrem...” (Cabral, 1996).

Há ainda uma boa parte dos elementos da amostra a considerarem que o princípio da justiça e da beneficência assim como todos os apresentados estão inerentes ao consentimento

informado, livre e esclarecido no entanto não é o que se verifica na bibliografia que se apresenta a seguir.

“Sob a expressão de «Princípio de Justiça» (PJ), o que os autores têm em mente são as exigências da justiça *distributiva*, as quais, no campo da bioética, dão origem a não fáceis problemas, quer a nível das macrodecisões quer no das microdecisões” (Cabral, 1996).

Segundo Cabral (1996) o princípio da beneficência consiste na ...obrigação de além de promover positivamente o bem, evitar e remover o mal (o que já é indiscutivelmente um bem para o interessado). Também indicam como pertencendo essencialmente a este princípio a ponderação dos bens e males (benefícios e danos) ...”

Por fim pedimos para à amostra para identificar no CDE a sua relação com o consentimento informado, livre e esclarecido e verificamos que maioritariamente os elementos da amostra consideram que realmente o Artigo 84.º é o correcto pois segundo Vieira (2008) a dignidade das pessoas assenta na sua autonomia, na possibilidade de legislar para si próprias, pelo que é dever do enfermeiro respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (CDE, Artigo 84.º, b). (...) A autodeterminação exige consentimento e este exige conhecimento da realidade envolvida, pelo que é dever do enfermeiro informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, bem como atender com responsabilidade e cuidados todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; o dever de informar refere-se também aos recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter, pois só assim poderemos falar de verdadeira liberdade de escolha e autodeterminação (CDE, Artigo 84.º).”

As opiniões da restante amostra divide-se entre os outros artigos do CDE apresentados, no entanto estes não se relacionam de forma alguma com o conceito de consentimento informado livre e esclarecido, senão vejamos: o Artigo 83.º do CDE, faz referência aos deveres do enfermeiro sobre o cuidar. Vieira (2008) refere que “se bem que o direito de acesso aos cuidados seja condicionado pelos recursos disponíveis, cada pessoa deve ser atendida sem prejuízo desnecessário, pelo que o enfermeiro é co-responsável pelo atendimento em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento, em tudo o que de si dependa (CDE, Artigo 83.º, a). (...) é dever do enfermeiro respeitar e possibilitar ao

indivíduo a liberdade de opção de ser cuidados por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde (CDE, Artigo 83.º, c).”

O enfermeiro deve ainda segundo a alínea b) do Artigo 83.º do CDE “orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência.” (cit. In. Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários). E ainda segundo as alíneas d) e e) do mesmo artigo do CDE “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” respectivamente (cit. in Germano et al., 2003).

Já sobre o Artigo 81.º e segundo Vieira (2008) “... a deontologia obriga os enfermeiros a respeitarem os direitos específicos das pessoas em situações de especial vulnerabilidade: proteger e defender as crianças de qualquer forma de abuso, promover a independência física, psíquica e social e o autocuidado das pessoas idosas, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida; colaborar activamente na reinserção social das pessoas com deficiência (CDE, Artigo 81.º, b, c, d). (...) No respeito pela autonomia e dignidade de cada pessoa os enfermeiros comprometem-se a respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas das pessoas ao seu cuidado e a criar condições para que possam exercer, nestas áreas, os seus direitos (CDE, Artigo 83.º, f). (...) O enfermeiro compromete-se a cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa e ainda a abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e a não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida.”

O Artigo 79.º refere os deveres do enfermeiro quando se inscreve na ordem, que são eles: “a) cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; b) responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega; c) proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional; d) ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência” (cit. in Germano et al., 2003).

O Artigo 85.º refere a obrigatoriedade do enfermeiro em guardar sigilo de tudo o que diz respeito ao exercício da sua profissão. Segundo Vieira (2008) “o direito à informação exige que se considere confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte, isto é, deve o enfermeiro guardar segredo de tudo o que tiver conhecimento no exercício da profissão. A partilha de informação pertinente só é legítima quando feita com aqueles que estão também implicados no plano terapêutico, em tudo e apenas no que a necessidade de cuidados revelarem como pertinente, devendo ser usados como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos. O anonimato é sempre exigido quando a situação ou a pessoa for alvo de situações de ensino, investigação ou mesmo controlo da qualidade de cuidados (CDE, Artigo 85.º).”

Poucos elementos da amostra referem que o Artigo 91.º se relaciona com o consentimento informado, livre e esclarecido, pois este refere que como o enfermeiro no seu exercício profissional é membro de uma equipa de saúde não constituída apenas por enfermeiros estes assumem o dever de: a) actuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma; b) trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde; c) integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (*cit. in* Germano et al., 2003).

Por fim o Artigo 78.º “representa o “artigo ético” do articulado deontológico – e isto porque expressa princípios gerais, à luz dos quais se identificam os valores, se enunciam os princípios orientadores e se desdobram os deveres” (*cit. in* Germano 54 tal., 2003).

Refere ainda o Artigo 78.º do CDE que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (*cit. in* Germano et al., 2003).

IV. CONCLUSÃO

Depois da realização deste projecto de investigação, em que se pretendia verificar se a amostra em estudo consegue identificar alguns conceitos básicos sobre consentimento informado livre e esclarecido, observa-se que há uma grande percentagem de elementos da amostra que apresentam algumas dificuldades.

Essencialmente os elementos da amostra mostram dificuldades em distinguir princípios éticos dos elementos que constituem o consentimento informado, livre e esclarecido o que significa que não conhecem os princípios éticos e o seu significado e ainda não sabem, na sua maioria, quais os elementos necessários à obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido. Podemos então dizer que uma grande parte dos elementos da amostra não aplica ou pelo menos não faz correctamente a aplicação do conceito de consentimento informado livre e esclarecido pois não sabem quais os elementos que tem de estar reunidos para que o mesmo seja válido.

Para além disso, verifica-se que a maioria da amostra, em contexto clínico, não sabe quando devem usar o consentimento informado, livre e esclarecido assim como não sabem as várias formas de consentimento informado livre e esclarecido que podem colocar em prática.

Por fim conclui-se que muitos dos alunos de enfermagem não reconhecem no CDE, publicado no Decreto de Lei 104/98, de 21 de Abril, o documento que legisla a profissão de Enfermagem e nem identificam o Artigo que se relaciona com o consentimento informado, livre e esclarecido, ou seja, não conhecem o conteúdo do CDE.

Para ultrapassar as dificuldades que são identificadas nos elementos da amostra estudados talvez seja vantajoso abordar os aspectos da ética e da deontologia profissional, não apenas num momento único que corresponde às aulas de ética e deontologia profissional, mas sim durante os seminários que acompanham todos os ensinamentos clínicos. E ainda durante os mesmos seria interessante e vantajoso os alunos de enfermagem trazerem situações reais que lhes suscitem dúvidas no campo da ética e discuti-las com colegas e professores.

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

A conclusão deste projecto de investigação levantou ainda mais dúvidas sobre o tema do consentimento informado, livre e esclarecido. Nomeadamente seria interessante averiguar o porque dos conhecimentos sobre o mesmo tema suscitarem tantas dúvidas e confusão, que levam a que não se distinga conceitos básicos e ainda mais interessante seria perceber como se justifica a adopção do consentimento informado, livre e esclarecido para umas intervenções e outras não. Assim sendo, talvez mais tarde e noutra fase académica, me dedique ao estudo desses mesmos aspectos efectuando outros projectos de investigação mas com diferentes metodologias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, A. (1998). Consentimento Informado. In: Serrão, D. e Nunes, R. *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto Editora, pp.13-27.

Cabral, R. (1996). Os Princípios de Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça. In: Archer, L.; Biscaia, J. e Osswald, W. *Bioética*. Editorial Verbo, pp. 53-58.

Código Penal Português. (2007). Lei 59/2007, de 4 de Setembro, Artigo 39.º, ponto 1 e 2. [Em Linha]. Disponível em <http://www.gnr.pt/portal/internet/legislacao/pdf/CP.pdf>. [Consultado em 22/06/2010].

Código Penal Português. (2007). Lei 59/2007, de 4 de Setembro, Artigo 38.º, ponto 3. [Em Linha]. Disponível em <http://www.gnr.pt/portal/internet/legislacao/pdf/CP.pdf>. [Consultado em 22/06/2010].

Ferreira, M. e Dias, Olívia M. (2005). *Ética e Profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Lusociência.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, 3ª ed., Lusociência.

Germano, A. et al. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Edição da Ordem dos Enfermeiros.

Ministério da Saúde. (1996). Decreto – Lei n.º 161/96, Artigo 4.º, Ponto 1. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Neves, Patrão Céu do M. e Pacheco, S. (2004). *Para uma Ética da Enfermagem*. Gráfica de Coimbra.

Nunes, L. (1995). O que queremos dizer quando falamos de Ética, *Nursing*, Volume (nº/trimestre/mês etc), pp. 7-10.

UNESCO. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Em Linha] Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. [Consultado em 22/06/2010].

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de
Licenciatura em Enfermagem, da UFP - FCS

Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa, Universidade Católica Editora.

Vieira, Rodrigues T. (2005). *Bioética nas Profissões*. Petrópolis, Editora Vozes.

Dicionário da Língua Portuguesa. (2003). Porto, Porto Editora

ANEXOS

Anexo I – Questionário

Questionário

Marta Sofia Oliveira Sobrado, a frequentar o 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a elaborar o Projecto de Investigação que se intitula “Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: informação dos alunos do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP – FCS.”

O objectivo deste trabalho é perceber se os alunos da Licenciatura em Enfermagem são capazes de articular os conhecimentos teóricos de ética sobre o consentimento informado, livre e esclarecido, durante a prática clínica.

O tempo previsto para o preenchimento do questionário é de 10 minutos.

Solicito, por isso, a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, pelo que não deverá descrever o seu nome em nenhuma parte do questionário.

(Marta Sofia Oliveira Sobrado)

Questionário

Parte I – Dados de caracterização pessoal

1- Sexo:

Masculino Feminino

2- Idade _____ (anos)

3- Está a frequentar pelo menos o 3º ano da Licenciatura em Enfermagem, no ano lectivo 2009/2010, na Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde?

Sim Não

(Se respondeu Não o seu questionário acaba aqui)

4- Terminou o Ensino Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica?

Sim Não

(Se respondeu Não o seu questionário acaba aqui)

Parte II

1- Sabe o que é o consentimento informado, livre e esclarecido?

Sim Não

2- Das seguintes definições, assinale com um X, aquela que lhe parece corresponder ao conceito de consentimento informado, livre e esclarecido:

a) Documento escrito, assinado pelo doente, em perfeitas condições físicas e psíquicas, aquando de uma intervenção cirúrgica.

b) Acto do profissional de saúde em que após reconhecer um individuo como capaz de tomar decisões relativas à sua situação de saúde em particular, em lhe explicar em que consiste a intervenção, assim como os riscos e benefícios e respectivas opções, e de se assegurar que o mesmo a

compreendeu, o individuo consente de livre e espontânea vontade que
lhe realizem a intervenção.

c) Autorização de um individuo para a realização de manobras invasivas
que ponham em causa a sua vida.

3- Das seguintes hipóteses, assinale com um X, aquela(s) que considera
elemento(s) necessário(s) para obter o consentimento informado, livre e
esclarecido:

- a) Competência
- b) Autonomia
- c) Comunicação
- d) Assinatura do utente/doente
- e) Compreensão
- f) Voluntariedade
- g) Beneficência
- h) Consentimento
- i) Todas as anteriores
- j) Nenhuma das anteriores

4- Das seguintes hipóteses, assinale com um X, aquela(s) que considera variante(s)
do consentimento informado, livre e esclarecido:

- a) Termo de responsabilidade
- b) Consentimento presumido
- c) Consentimento oral
- d) Consentimento escrito
- e) Consentimento testemunhado
- f) Todas as anteriores
- g) Nenhuma das anteriores

5- De seguida são apresentadas algumas intervenções (sobre o utente legalmente e fisicamente capaz). Assinale com um X, em cada uma das afirmações, se aplicaria o consentimento informado, livre e esclarecido, ou se não sabe se o deve aplicar.

a) Pesquisas de glicemia capilar:

Sim Não Não sei

b) Entubação com sonda nasogástrica:

Sim Não Não sei

c) Prestação de cuidados de higiene:

Sim Não Não sei

d) Administração da medicação prescrita:

Sim Não Não sei

e) Realização de punção venosa:

Sim Não Não sei

f) Realização de tratamento de feridas cirúrgicas e/ou traumáticas:

Sim Não Não sei

g) Colocação de sonda vesical:

Sim Não Não sei

h) Aspiração de secreções:

Sim Não Não sei

i) Colocação de um tubo orofaríngeo:

Sim Não Não sei

6- Identifique, assinalando com um X, o princípio ético que se traduz na prática no consentimento informado, livre e esclarecido:

- a) Princípio da beneficência
- b) Princípio da autonomia
- c) Princípio da não maleficência
- d) Princípio da justiça
- e) Todas as anteriores
- f) Nenhuma das anteriores

7- De seguida são feitas algumas referências a artigos pertencentes ao Código Deontológico dos Enfermeiros. Identifique, assinalando com um X, aquela(s) que diz(em) respeito ao Consentimento Informado, livre e esclarecido:

- a) Artigo 78º, sobre os princípios gerais
- b) Artigo 79º, sobre os deveres deontológicos em geral
- c) Artigo 81º, sobre os valores humanos
- d) Artigo 83º, sobre o direito ao cuidado
- e) Artigo 84º, sobre o dever de informação
- f) Artigo 85º, sobre o dever do sigilo
- g) Artigo 91º, sobre os deveres para com as outras profissões
- h) Todas as anteriores
- i) Nenhuma das anteriores